



JOANA FILIPA NUNES VENÂNCIO **ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL ATRAVÉS DA ARTE E DE ESTRATÉGIAS DE *MINDFULNESS* EM IDOSOS.**



**JOANA FILIPA NUNES
VENÂNCIO** **ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL ATRAVÉS DA
ARTE E DE ESTRATÉGIAS DE *MINDFULNESS* EM
IDOSOS.**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Prof. Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires do Departamento de Educação e de Psicologia da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira

Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e de Psicologia da
Universidade de Aveiro

Doutora Patrícia Sofia Pinhanços Batista

Investigadora da Universidade Católica Portuguesa

Prof. Doutora Ana Carla Seabra Torres Pires

Professora auxiliar convidada da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que estiveram presentes e me acompanharam ao longo deste percurso.

À Prof. Doutora Ana Torres um agradecimento especial por todo o apoio, incentivo, orientação, disponibilidade, atenção e ensinamentos que me permitiram crescer enquanto estudante e futura profissional, mas, sobretudo, como pessoa.

À Associação Lar Vida Nova, Lar Quinta do Resende e Centro Paroquial de Pardilhó pela possibilidade de recolha de dados e a todos os colaboradores por me terem recebido tão gentilmente.

Aos idosos que tão amavelmente se disponibilizaram a colaborar.

À minha família por todo o apoio e carinho. Um agradecimento especial à minha mãe por todo o amor, esforço, paciência e incentivo ao longo deste percurso e ao longo da vida. Além de mãe foi pai...

À Lina, que me apoiou sempre e para sempre!

Ao Marco por todo o incentivo, motivação e apoio estando presente em todos os momentos.

Aos meus amigos, em especial à Lia, pelo apoio dado ao longo deste percurso.

palavras-chave

Estimulação multissensorial, arte, *mindfulness*, idosos, funcionamento cognitivo, sintomatologia depressiva, qualidade de vida, emoções.

resumo

O crescente envelhecimento da população, tanto a nível mundial como em Portugal, tem estimulado um grande interesse nesta área. Esta fase da vida pode estar associada ao agravamento do estado de saúde, à incapacidade funcional e ao comprometimento cognitivo. A literatura indica que a estimulação multissensorial pode constituir uma boa medida de promoção de envelhecimento saudável. Alguns estudos têm sugerido benefícios da arte e do *mindfulness* para a saúde e bem-estar dos idosos.

O objetivo deste estudo é verificar o impacto de Programa de Estimulação Multissensorial (PEM) no funcionamento cognitivo, na sintomatologia depressiva e na qualidade de vida (QdV) de um grupo de idosos, após 10 sessões de estimulação multissensorial.

A amostra é constituída por dois grupos, o grupo de intervenção (GI=16) e o grupo controlo (GC=17). Os instrumentos de avaliação aplicados foram os seguintes: Mini-Mental State Examination (MMSE), Questionário sobre a Saúde do Paciente – 9 (PHQ-9), Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos (WHOQOL-OLD), no pré e no pós-teste, para além, da Escala de Avaliação das Emoções (EAS).

Os resultados evidenciaram: (a) uma diminuição estatisticamente significativa ao nível da QdV no que diz respeito ao funcionamento sensorial, entre a avaliação inicial e final do grupo controlo; (b) uma diminuição estatisticamente significativa na sintomatologia depressiva; (c) um aumento estatisticamente significativo na qualidade de vida geral e nas facetas da QdV, como autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte, e uma diminuição na faceta intimidade do grupo de intervenção entre os dois momentos; (d) uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos no segundo momento de avaliação, que revela uma qualidade de vida geral e em algumas facetas superior no grupo de intervenção; (e) efeitos das sessões nos sintomas depressivos; (f) diminuição estatisticamente significativa das emoções de valência negativa ao longo das sessões.

Este estudo confirma a importância da implementação de PEM com estratégias de *mindfulness* e arte nas instituições e centros de dia, de modo a prevenir e/ou atenuar o declínio cognitivo dos idosos, da sintomatologia depressiva e, consequentemente, melhorar a QdV, e diminuição de emoções negativas experienciadas.

keywords

multisensory stimulation, art, mindfulness, elderly, cognitive function, depressive symptoms, quality of life, emotions.

abstract

The growing aging of population, both abroad and in Portugal, has stimulated a great interest in this area. This stage of life can be associated with worsening of health status, functional disability and cognitive impairment. The literature indicates that multisensory stimulation can be a good measure to promote healthy aging. Some studies have suggested benefits of art and mindfulness for health and well-being of the elderly.

The aim of this study is to verify the Multisensory Stimulation Program (MSP) impact on cognitive functioning, in depressive symptoms and quality of life (QoL) on a group of elderly after 10 multisensory stimulation sessions.

The sample consists of two groups, the intervention group (GI=16) and control (GC=17). The applied evaluation instruments were as follows: Mini-Mental State Examination (MMSE), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Inventory Assessment of Quality of Life in Older Adults (WHOQOL-OLD), pre and post-test, in addition, of the Emotions Rating Scale (EAS).

The results showed: (a) a statistically significant decrease in the level of QoL with regard to the sensory functioning between baseline and post-test of the control group; (b) a statistically significant decrease in depressive symptomatology on group with MSP; (c) a statistically significant increase in overall quality of life and aspects of QoL, as autonomy, past, present and future activities, social participation, death, and a decrease in intimacy facet of the intervention group between the two moments; (d) a statistically significant difference between the two groups in the second assessment, which reveals a better general quality of life and some facets in the intervention group than control group; (e) effects of the sessions in depressive symptoms; (f) a statistically significant decrease in negative valence emotions throughout the sessions.

This study confirms the importance of MSP implementation with mindfulness strategies and art institutions and day centers, in order to prevent and/or reduce cognitive decline in the elderly, depressive symptoms and thus improve QoL, and decreased experienced negative emotions.

Índice

Introdução	1
Método.....	6
Participantes	6
Material.....	7
Instrumentos de avaliação	7
Instrumentos de Intervenção.....	10
Procedimentos	10
Preparação da Intervenção	12
Análise de Dados	12
Resultados.....	13
Resultados Quantitativos	13
Resultados de Observação Qualitativa	15
Discussão.....	15
Referências Bibliográficas.....	25
Anexos.....	33
Anexo A – Consentimento Informado.....	34
Anexo B – Questionário Sociodemográfico	35
Anexo C – Instrumentos	37
Anexo D – Programa de Estimulação Multissensorial	41
Anexo E - Caracterização da amostra por variáveis relacionadas com a arte	56
Anexo F – Caracterização da amostra comparando o valor t com a população da validação.....	58
Anexo G - Comparação do grupo de intervenção e do grupo de controlo pelos dois momentos de avaliação.....	59
Anexo H - Comparação de médias do EAS ao longo das sessões	60
Anexo I – Verbalizações por sessão, por número e percentagem	62

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização da amostra por desenho experimental, sexo, estado civil e habilitações literárias	6
---	---

Introdução

Nas últimas décadas, o envelhecimento da população tem sido cada vez mais notório no mundo e em Portugal (INE, 2014). Afigura-se, assim, uma população constituída por uma proporção de idosos progressivamente mais elevada.

O envelhecimento humano é um processo inevitável e, como tal, implica um processo de transformação e de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social (Ortiz, Ballesteros, & Carrasco, 2006). O envelhecimento cerebral caracteriza-se pela diminuição da velocidade de processamento cognitivo associado à perda neuronal e volume cerebral que é variável de indivíduo para indivíduo. A OMS (2005) refere que no processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas, como a aprendizagem e a memória diminuem, com a idade. No entanto, os avanços das neurociências mostraram evidências favoráveis à plasticidade neuronal (Oliva, Dias & Reis 2009 cit. in Pereira, 2012). O conceito de plasticidade cerebral “refere-se às alterações criativas produzidas no sistema nervoso como resultado da experiência, de lesões ou de processos degenerativos” (Klautau, Winograd, & Bezerra, 2009 cit. in Pereira, 2012). Os mesmos autores acrescentam que a plasticidade resulta, assim, de novos arranjos, modificações e funcionamento das estruturas do sistema nervoso, em função das experiências vividas pelo sujeito.

Com o avanço da idade o funcionamento cognitivo começa a deteriorar-se, manifestando-se, numa fase final da vida, uma precipitação desse declínio. Estas alterações podem ser bastante significativas, podendo conduzir ao aparecimento de demências, que se representam por alterações na memória, agnosia, afasia e apraxia, podendo caracterizar-se por desorientação espacial, disforia, depressão, ansiedade, delírios, alucinações e agitação motora (Nordon, Guimarães, Kozonoe, Mancilha, & Neto, 2009). Portanto, a velhice acarreta para muitos idosos estados depressivos, agressivos e frustrados, bem como sintomatologia demencial.

No envelhecimento são frequentes diversas alterações psicológicas, tanto sociais como pessoais ou profissionais. Salientam-se a perda de pessoas significativas, a perda do emprego e a entrada na reforma, que pode conduzir à perceção de inutilidade, ao isolamento e, por conseguinte, à solidão (Torres Pires, 2008). A nível afetivo a depressão é muito frequente no idoso e, por sua vez, compromete significativamente a qualidade de vida (QdV) (Greenwald, Kramer-Ginsberg, & Krishman, 1996 cit. in Gonçalves, 2012). A

literatura tem demonstrado uma relação entre o fraco funcionamento cognitivo e a sintomatologia depressiva (Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002; Wilson, Leon, Bennett, Bienias, & Evans, 2004). A nível cognitivo ocorre a diminuição de capacidades e perturbações de memória que dificultam a aprendizagem (Nunes, 2008). Segundo Evans e colaboradores (1997), a depressão em idosos é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de demência.

A estimulação sensorial permite promover o envelhecimento saudável e contornar determinados fatores característicos do envelhecimento (Gordon-Nesbit, 2015; Martins, 2011; Overshott & Burns, 2006 cit in. Torres Pires, 2008). Segundo Martins (2011), muitas vezes o corpo, as sensações e os sentidos são os principais meios de comunicação da pessoa e ao longo da vida, o cérebro aprende a compreender e a responder às informações recebidas através dos sentidos para, posteriormente, responder aos estímulos. Mas, nem sempre é possível organizar e responder adequadamente aos estímulos sensoriais, porque se perderam competências devido a algum tipo de acidente, doença, falta de capacidade ou liberdade de fazer escolhas para equilibrar a vida sensorial (Martins, 2011).

Baltes e Smith (1999) conforme citado em Fonseca (2006) defendem que há uma relação muito estreita entre o funcionamento sensorial e as funções cognitivas, estando o empobrecimento do funcionamento sensorial implicado na diminuição do cognitivo. Hultsch e Dixon (1990) ressaltam que com o aumento da idade existe um aumento de tempo requerido para identificar um estímulo visual, que se relaciona mais com processos de atenção e percepção do que com défices de memória. Segundo Barros de Oliveira (2010), alguns sentidos como o olfato são pouco afetados pela idade, enquanto outros, como a audição e a visão, são altamente afetados pelo disfuncionamento das atividades intelectuais muito dependente dos sentidos, bem como a percepção de equilíbrio, com consequências evidentes a nível psicossocial.

Nos últimos anos, a estimulação sensorial e cognitiva tem tido uma significativa importância na reabilitação dos sujeitos. Zimmerman (2000) defende que para conseguir a diminuição dos efeitos adversos do envelhecimento, como a diminuição da memória, velocidade de processamento, função executiva, entre outras, é através da estimulação, proporcionando aos idosos um aumento da QdV. A estimulação cognitiva evidencia melhorias significativas ao nível da cognição (Spector, Woods, & Orrell, 2008, cit. in Apóstolo, Cardoso, Marta, & Amaral, 2011; Gonçalves, 2012; Spector et al., 2003), da

sintomatologia depressiva (Apóstolo et al., 2011; Gonçalves, 2012), das atividades de vida diária (Apóstolo et al., 2011) e da QdV (Spector, Woods, & Orrell, 2008, cit. in Apóstolo et al., 2011). Os programas de estimulação cognitiva, através da poesia e treino cognitivo, têm efeitos na cognição humana nos adultos idosos (Amodeo, Netto, & Fonseca, 2010).

A terapia multissensorial estimula os sentidos primários, como a visão, audição, paladar, tato e olfato, com efeitos luminosos, meditativos, superfícies táteis e aromaterapia (Torres Pires, 2008) e, deste modo, têm sido observados efeitos na melhoria dos sintomas depressivos, na autoestima e no bem-estar dos doentes (Overshott & Burns, 2006 cit. in Torres Pires, 2008). O ambiente multissensorial é um ambiente em que a terapêutica está aliada ao lazer, relaxamento e experiências sensoriais agradáveis (Martins, 2011), podendo realçar, por exemplo, a música, a arte, entre outras, no benefício de idosos.

Os conteúdos artísticos têm efeitos estimulantes e existem estudos que o evidenciam. A arte oferece estratégias para canalizar a frustração, a raiva, a decepção e o medo por meio da imaginação (Gordon-Nesbit, 2015). Assim, diversos estudos realizados têm demonstrado que a presença frequente em eventos culturais, tais como concertos, filmes, exposições de arte em museus, está associada a melhores taxas de sobrevivência (Bygren, Konlaan, & Johansson, 1996) e melhor auto percepção de saúde (Wilkinson, Waters, Bygren, & Tarlov, 2007). A participação frequente em atividades de estimulação cognitiva está relacionada à redução de risco de demência, nomeadamente atividades relacionadas com arte, como a visita de museus (Wilson et al., 2002). Windle e colaboradores (2014) defendem que as atividades baseadas nas artes (e.g., a dança, a música, a escrita criativa, a arte visual e o canto), podem ajudar as pessoas com demência a viver numa melhor condição de saúde e de combate a aspetos negativos da doença. Os mesmos autores defendem o potencial destes programas para melhorar o bem-estar, a QdV, a função cognitiva, o pensamento criativo e a comunicação (incluindo a comunicação não-verbal), facilitando a reminiscência e o aumento da autoestima.

A arte é tão estimulante que se atesta intervenções de arteterapia. A arteterapia (e.g., contos, pinturas, escrita, músicas) enfatiza o desenvolvimento do autoconhecimento, que ao envolver o doente na arte, regista a sua individualidade e personalidade (Aguiar & Regina, 2010). Desta forma, “a arteterapia permite que o indivíduo entre em contato com conteúdos internos de seu subconsciente, que até então não tinha conhecimento, levando-o a expressar esses sentimentos e determinadas atitudes através de processos artísticos”

(Philippini, 1998). Assim, o processo de criação artística do idoso durante o tratamento com arteterapia faculta um maior autoconhecimento e incita a autonomia do indivíduo, o envelhecimento saudável e ativo e uma melhoria de QdV (Aguiar & Regina, 2010).

Miranda e Godeli (2003) defendem que a música influencia o estado afetivo-emocional do indivíduo, apesar de esta relação ser complexa, devido às características inerentes à música. Estas características provocam alterações nos estados subjetivos, mas também o tempo de audição, significado das palavras (letra da música), nível dinâmico da música e, ainda, a experiência prévia do indivíduo com música. Deste modo, segundo estes autores, a música é um instrumento significativo para trabalhar com os idosos. A música apresenta capacidade de estimulação significativa de atenção e memória (Sarkamo et al., 2008). Relativamente à música, os autores destacam ainda uma capacidade mais elevada da componente musical, ou seja, a combinação de música e voz, na recuperação das referidas funções cognitivas. Clair (1996) conforme citado em Miranda e Godeli (2003) acrescenta que a música é o estímulo que promove indicadores de saúde fisiológica e emocionais, integração social, comunicação, expressão emocional, afastamento da inatividade, do desconforto e da rotina quotidiana, e associações extramusicais. Posto isto, pode-se afirmar que o uso da música é significativo na intervenção terapêutica para idosos que apresentam várias patologias, como as demências (Riegler, 1980 cit. in Miranda & Godeli, 2003). O estudo de Chan e colaboradores (2012) defende que a música é eficazmente utilizada como uma intervenção para aliviar a depressão para adultos mais velhos. O estudo de Murrock e Higgins (2009) indicou que a música evoca uma resposta psicológica que altera o humor e conduz a melhores resultados de saúde. De acordo com Lee e colaboradores (2010), a estimulação e o envolvimento em atividades de música pode permitir novas experiências de vida e novas relações sociais, favorecendo maior QdV.

Segundo Rios e colaboradores (2013), proporcionar atividades de lazer e de estimulação para os idosos reduz a hipótese de perda de memória, principalmente para os indivíduos institucionalizados que se encontram distantes dos seus familiares. Posto isto, atividades de desenho permitem retomar algumas experiências vividas, mas também representam os sentimentos e anseios dos mesmos no presente e a insatisfação com a vida. Segundo os mesmos autores, a atividade de pintura de desenho também proporciona aos idosos uma procura pelas cores, pela forma, permitindo melhores níveis de QdV.

A qualidade dos hábitos de leitura tem-se mostrado significativa para o desenvolvimento e manutenção da qualidade da cognição humana, contribuindo para uma reserva cognitiva em caso de patologias futuras (Stern, 2009). Posto isto, defende-se que a poesia melhora a QdV nos idosos dependentes, reduz a ansiedade e o stresse (Reiter, 1994 cit. in Cohen et al., 2006).

O *mindfulness* é um conceito originário das práticas meditativas orientais e que se refere a uma forma específica de prestar atenção (Lima, Oliveira, & Godinho, 2011). A prática desta estratégia requer a presença de três elementos fulcrais, i.e., a atenção concentrada no momento presente, intencionalidade e ausência de julgamento (Kabat-Zinn, 1990). Lima e colaboradores (2011) estudaram a promoção do bem-estar nos idosos institucionalizados, com recurso ao treino em *mindfulness* e destacam os benefícios da meditação *mindfulness* para adultos idosos, nomeadamente, a nível cognitivo, emocional, fisiológico e comportamental. Segundo Monti e colaboradores (2006), a intervenção arteterapia baseada em *mindfulness* (MBAT) é conceitualmente fundamentada nos princípios de teoria de autorregulação (Leventhal, Zimmerman, & Gutmann, 1984 cit. in Monti et al., 2006), que fornece uma base para a compreensão de reações às percepções física e emocionais do bem-estar.

O objetivo geral deste estudo é verificar o impacto do programa de estimulação multissensorial (PEM), através da arte e de estratégias baseadas em *mindfulness* num grupo de idosos institucionalizados, avaliando os efeitos cognitivos, a sintomatologia depressiva, a QdV e as emoções imediatas. Com base na literatura revista, espera-se que o funcionamento cognitivo apresente efeitos com a intervenção, mas também que se verifiquem efeitos na sintomatologia depressiva e na QdV. Acredita-se encontrar associações entre a sintomatologia depressiva inicial e os benefícios de QdV encontrados no final da intervenção. Espera-se, também, um aumento de emoções positivas e a diminuição de negativas com as sessões. Atende-se, igualmente, que quanto maior a diversidade e intensidade emocional nas sessões do PEM se verificarem, mais efeitos a nível cognitivo, de sintomatologia depressiva e de QdV se verifiquem no fim do mesmo. E, espera-se, ainda, que os efeitos da intervenção relatados no fim do programa estejam associados com o funcionamento cognitivo, a sintomatologia depressiva e a QdV.

Método

Participantes

A amostra de conveniência é constituída por 33 idosos, 11 do sexo masculino e 22 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 65 e 94 anos ($M=82.18$, $DP=7.85$), não se verificando diferenças significativas relativamente à distribuição por idades por desenho experimental [$U=128.50$, $p>.05$] (Quadro 1). A amostra está dividida em dois grupos, o grupo de intervenção (GI) e grupo controlo (GC) com 16 e 17 pessoas, respetivamente. O GI é constituído por 5 idosos do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e 94 anos ($M=81.56$, $DP=8.63$). Enquanto o GC é constituído por 6 idosos do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com idade mínima e máxima de 65 e 94, respetivamente ($M=82.76$, $DP=7.25$). Os grupos não diferem em relação a variáveis clínicas (doença e medicação prescrita). Relativamente às variáveis relacionadas com a arte, verificamos que há diferenças entre os dois grupos no gosto pela poesia, em que 75.8% gosta de poesia ($\chi^2=5.48$, $p<.05$), na frequência da poesia, em que 30.3% não lê poesia ($U=82.50$, $p<.05$) e da frequência da pintura, em que 48.5% pinta uma vez por semana ($U=110.00$, $p<.05$) (Anexo E). Em relação às variáveis em estudo (funcionamento cognitivo, sintomatologia depressiva e QdV), verificamos que comparando a nossa amostra com os resultados de validação da população portuguesa, verifica-se maior deterioração cognitiva, menor sintomatologia depressiva, melhor qualidade de vida geral e resultados elevados em todas as facetas, exceto a intimidade (cf. Anexo F).

No entanto, neste estudo ocorreu um *drop-out* de uma participante do sexo feminino, devido ao início de um quadro demencial que apresentava, observando-se desorientação espacial e temporal, passando a apresentar um dos critérios de exclusão.

Quadro 1 - Caracterização da amostra por desenho experimental, sexo, estado civil e habilitações literárias

		Total (n=33)	GI (n=16)	GC (n=17)	GI vs GC
		N (%)	N (%)	N (%)	X^2 , p
Desenho experimental		33 (100%)	16 (48.5%)	17 (51.5%)	
Sexo	Masculino	11 (33.3%)	5 (31.3%)	6 (35.3%)	.06
	Feminino	22 (66.7%)	11 (68.8%)	11 (64.7%)	
Estado Civil	Solteiro	4 (12.1%)	1 (6.3%)	3 (17.6%)	2.35
	Casado	3 (9.1%)	1 (6.3%)	2 (11.8%)	
	União de Facto	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Divorciado	1 (3%)	1 (6.3%)	0 (0%)	
	Viúvo	25 (75.8%)	13 (81.3%)	12 (70.6%)	
Habilitações Literárias	Analfabeto	9 (27.3%)	5 (31.3%)	4 (23.5%)	3.13
	Ensino Primário	21 (63.6%)	10 (62.5%)	11 (64.7%)	
	Ensino Secundário	2 (6.1%)	0 (0%)	2 (11.8%)	
	Ensino Superior	1 (3.0%)	1 (6.3%)	0 (0%)	

Material

Neste estudo foi aplicado um formulário de Consentimento Informado (Anexo A), bem como um questionário sociodemográfico e clínico (Anexo B) para caracterização dos sujeitos quanto ao sexo, idade, estado civil, se sabe ler e escrever, presença/ausência de doença e problemas demenciais, medicação e questões sobre preferência e frequência de recurso às artes (ler, poesia, arte, pintura e música).

Instrumentos de avaliação

Utilizaram-se como instrumentos de avaliação o *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein, & Mchugh, 1975; Guerreiro et al., 1994); Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001; Torres, Pereira, Monteiro, & Albuquerque, 2013); Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos (WHOQOL-OLD; Power, Quinn, & Schmidt, 2005; Vilar & Simões, 2009); Escala de Avaliação das Emoções (EAS; Carlson et al., 1989; Moura-Ramos, Canavarro, & Araújo Pedrosa, 2004), para avaliar as funções cognitivas e rastreio de

quadros demenciais, sintomatologia depressiva, QdV e emoções momentâneas, respetivamente (Anexo C).

O MMSE foi desenvolvido para ser utilizado na prática clínica na avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos (Folstein et al., 1975). Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e condições viso-espaciais (Chaves, 2009), constituindo onze itens divididos em duas secções. Relativamente à cotação é atribuído um ponto a cada resposta correta, perfazendo uma pontuação total de 30 pontos. Os resultados padronizados são para analfabetos, inferior ou igual a 15 pontos; para sujeitos com um grau académico entre 1 a 11 anos de escolaridade uma pontuação inferior ou igual a 22 pontos; e, com escolaridade superior a 11 anos, inferior ou igual a 27 pontos. Apresenta um alpha de Cronbach de .46 (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009) e uma elevada fidedignidade teste-reteste e boa concordância inter-avaliadores (entre clínicos gerais e entre neuropsicólogos) (Guerreiro, Silva, & Botelho, 1994 cit. in Gomes, 2011) .89 e .83, respetivamente (Folstein et al., 1975). Segundo Morgado e colaboradores (2009), a pontuação média deste instrumento é de 27.18 para a população com mais de 80 anos e literacia entre 3 e 6 anos. Neste estudo, o valor de consistência interna é adequado ao estudo de Morgado e colaboradores (2009) ($\alpha=.68$), já o constructo de validade teste-reteste apresentou um valor aceitável, ou seja, $r_s=.80$, $p<.001$.

O PHQ-9 é constituído por nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão major, descritos no *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais* (DSM-V) (APA, 2014). Os nove sintomas consistem em humor deprimido, anedonia, problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas (Santos et al., 2013). Portanto, é um instrumento de objetivo duplo que, com os mesmos nove itens, pode estabelecer provisórios diagnósticos de perturbação de depressão, mas também o grau de gravidade dos sintomas depressivos (Kroenke & Spitzer, 2002). A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada numa escala tipo Likert de 0 a 3 (Santos et al., 2013). O questionário ainda inclui uma décima pergunta que avalia a interferência desses sintomas no desempenho de atividades diárias. Os resultados do PHQ-9 estão compreendidos entre 0 e 27 pontos, e tem como pontos de corte de 5, 10, 15 e 20, que

representam os limiares de depressão leve, média, moderada e severa, respetivamente (Kroenke et al., 2001). Segundo Torres e colaboradores (2013), este instrumento tem boas características psicométricas, boa consistência interna ($\alpha=.82$) e estabilidade temporal de ICC=.87. Neste estudo, o PHQ-9 apresenta boa consistência interna ($\alpha=.64$) apesar de ser inferior ao estudo inicial, mas apresenta uma razoável validade teste-reteste, ou seja, $r_s=.69$, $p<.001$, o que indica que este instrumento é sensível às diferenças entre os dois momentos de avaliação.

O WHOQOL-OLD é um inventário de avaliação da QdV a ser utilizado especificamente com adultos idosos (Vilar, Sousa, & Simões, 2015). Na sua versão original, é constituído por 6 facetas: *Funcionamento sensorial* (itens 1, 2, 3 e 20), *Autonomia* (itens 4, 5, 6 e 11), *Atividades passadas, presentes e futuras* (itens 12, 13, 15 e 19), *Participação social* (itens 14, 16, 17 e 18), *Morte e morrer* (itens 7, 8, 9 e 10), e *Intimidade* (itens 21, 22, 23 e 24), com resposta tipo *Likert* de cinco pontos (1-5). A faceta *Funcionamento sensorial* avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação. A faceta *Autonomia* avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões. A faceta *Atividades passadas, presentes e futuras* avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar. A faceta *Participação social* avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade. A faceta *Morte e morrer* avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer. A faceta *Intimidade* avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas. No âmbito dos estudos de adaptação, validação e normalização para a população portuguesa, o instrumento integra mais 4 itens de uma nova faceta, *Família/Vida familiar* (itens 25, 26, 27 e 28), que avalia a satisfação com o tempo passado em família, o apoio e as relações familiares e o sentido de valor do idoso na família (Vilar et al., 2015). O WHOQOL-OLD tem itens cotados inversamente (itens 1, 2, 3, 7, 8, 9 e 10). Os autores acrescentam, ainda, que a consistência interna (.91) e estabilidade temporal (.80) foram excelentes da versão portuguesa. A consistência interna avaliada pelo alpha de Cronbach é aceitável, tanto no agregado das 7 facetas ($\alpha=.85$), como em cada faceta, ou seja, que variam desde $\alpha=.60$ (na faceta atividades passadas, presentes e futuras) até $\alpha=.96$ (na faceta intimidade). Relativamente ao constructo teste-reteste é aceitável, variando desde $r_s=.71$ (nas facetas funcionamento sensorial e atividades passadas, presentes e futuras) até $r_s=.92$ (na faceta autonomia), tudo com $p<.001$.

A EAS tem como objetivo medir a reatividade emocional, e é constituída por 24 itens, que correspondem a descrições de emoções (Medo, Felicidade, Ansiedade, Culpa, Cólera, Surpresa e Tristeza), especialmente útil na medida de níveis momentâneos e de mudança de emoções. Para cada uma das emoções descritas o indivíduo deverá posicionar-se no local que lhe parecer mais adequado para representar o modo como se sente no momento atual. A forma de medição utilizada para avaliar o grau de cada emoção foi uma escala visual analógica, com valor mínimo igual a 0 (zero) e valor máximo igual a 100 (cem), na qual o sujeito deverá colocar a sua resposta. A EAS apresenta boa consistência interna, os valores do alpha de Cronbach .73 (Cólera) e .88 (Felicidade) (Moura-Ramos, 2006) e boa validade de constructo (Guedes, Gameiro, & Canavarro, 2010). Neste estudo, a consistência interna é igualmente boa ($\alpha=.98$).

Para além das medidas quantitativas, recorreu-se também a relatos por cada sessão. Estes relatos focavam-se nas sensações que cada idoso referia sentir durante cada sessão. Estas sensações seriam inscritas numa cartolina ou quadro. Fazendo, portanto, uma análise de conteúdo.

Instrumentos de Intervenção

Este estudo contou também com a elaboração de um programa de estimulação multissensorial (PEM), que se encontra no Anexo D, clarificando as tarefas e indicações para cada sessão. Este programa envolve tarefas relacionadas com a arte e com estratégias baseadas em *mindfulness*.

Procedimentos

As instituições selecionadas para realizar o estudo foram três, mais especificamente a Associação Lar Vida Nova, a Associação Quinta do Rezende e o Centro Paroquial, todos em Pardilhó. Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes: idade superior a 65 anos, apresentar valores superiores no MMSE aos pontos de corte encontrados no estudo original. Já como critérios de exclusão para além dos valores abaixo do ponto de corte e da idade inferior a 65 anos, também a existência de défices de linguagem, auditivos ou visuais, que impedissem a participação e a realização das atividades, presença de perturbações psicológicas ou psiquiátricas ou características de personalidade que dificultem a participação no grupo, bem como idosos acamados. Devido à natureza dos

critérios de inclusão referidos, a seleção envolveu uma fase inicial de análise dos processos clínicos dos utentes previamente existentes nas instituições, com o intuito de identificar e seleccionar os utentes que poderiam participar no estudo.

A distribuição dos participantes realizou-se por motivação e interesse na participação no PEM. Como a maioria dos participantes do Lar Vida Nova e Associação Quinta do Rezende, inicialmente previstos, preferiram participar na intervenção, teve de se completar o GC com idosos de um centro de dia (Centro Paroquial).

O presente estudo inclui uma fase de avaliação e uma de intervenção. Deste modo, a fase de avaliação é constituída pelas sessões pré e pós-teste. Nestas sessões foram aplicados os instrumentos de avaliação previamente descritos (MMSE, PHQ-9 e WHOQOL-OLD). Estes instrumentos foram aplicados antes de iniciar o programa e no fim para medir as diferenças no funcionamento cognitivo, sintomatologia depressiva e QdV. A aplicação do pré e do pós-teste foi realizada em forma de entrevista. Na primeira aplicação dos instrumentos foram explicados aos participantes os objetivos do estudo, foi fornecido o formulário de consentimento informado (Anexo A), e consequente obtenção do mesmo, exceto aqueles que não sabiam assinar o nome (ficando essa anotação em vez da assinatura). Salienta-se que foi assegurada a confidencialidade de toda a informação recolhida e fornecida a possibilidade de desistir do estudo em qualquer momento da investigação, por forma a garantir o tratamento ético dos participantes. Aliás, em todas as fases de investigação os cuidados éticos foram assegurados, inclusive o tratamento dos participantes durante o estudo foi realizado respeitando os padrões éticos da American Psychological Association (APA, 2010). Foram, ainda, esclarecidas algumas dúvidas que surgiram, nomeadamente ao nível da dificuldade das atividades, que era o principal receio dos idosos. Na avaliação realizada na sessão de pós-teste foram ainda colocadas duas questões adicionais aos participantes, que foram as seguintes: “Desde a primeira vez que estivemos juntos, houve algum acontecimento na sua vida que o tivesse marcado?”, bem como se “Houve alteração na medicação desde a primeira vez que estivemos juntos?”. A realização destas questões adicionais teve a intenção de controlar a influência de variáveis externas (acontecimentos de vida significativos e medicação) nos resultados experimentais.

A fase de intervenção consiste na aplicação do programa, ou seja, nas 10 sessões bissemanais, bem como na aplicação após cada sessão do instrumento EAS, para avaliar as

emoções momentâneas. Teve-se também em consideração a recolha de dados qualitativos no final de cada uma das sessões e no fim do pós-teste.

Preparação da Intervenção

Na elaboração do PEM recorreu-se à pesquisa bibliográfica, para se proceder à seleção das tarefas a aplicar aos participantes. Depois desta seleção, munimo-nos de um participante-piloto, que selecionou as músicas, quadros e poemas numa diversidade de opções. Este participante-piloto, voluntário, possuía características coincidentes com a população-alvo. Foi, também, com este participante-piloto que se testou os procedimentos de avaliação selecionados e as sessões de intervenção. Foi desta forma que apuramos todos os procedimentos que seguimos junto dos participantes no estudo.

Análise de Dados

Neste estudo, tendo em conta a natureza do problema, escolhemos um paradigma de investigação com uma abordagem mista, recorrendo a dados quantitativos e qualitativos (Pereira, 2004). Esta opção por uma abordagem metodológica mista deveu-se ao interesse em compreender aprofundadamente os significados e estados emocionais/cognitivos que os participantes atribuem às situações. Segundo Cardoso (2007) diferentes métodos de análise são úteis e podem complementar-se na mesma fase do estudo ou em fases distintas.

Relativamente ao tratamento dos dados quantitativos, para análise estatística da consistência interna foi utilizado o Alpha de Cronbach, tendo como critério o valor de .60, que, de acordo com as indicações de Nunnally (1978), indica um valor de consistência interna aplicável para fins de investigação (nomeadamente avaliação individual para fins educativos ou intervenção clínica). A análise estatística foi efetuada no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS 21.0), sendo realizadas análises descritivas e inferenciais, nomeadamente a comparação de grupos independentes e emparelhados, com testes não paramétricos. O nível de significância estatístico foi fixado em $p < .05$. De acordo com Cohen (1992), os valores de .10, .30 e .50 são considerados tamanhos de efeito pequenos, médios e elevados, respetivamente. A análise da curtose e a assimetria, bem como o teste da normalidade das escalas recorrendo ao teste Kolmogoroff-Smirnov indica que os dados não seguem uma distribuição normal, bem como, o teste de Levene

verificamos que não há homogeneidade das variâncias em diferentes variáveis, daí a opção pelos testes não paramétricos.

Relativamente à análise qualitativa, utilizaram-se as seguintes questões abertas: “Teve algum acontecimento de vida significativo neste período e como esse acontecimento contribuiu para o seu estado atual?”, “Como se sentiu com as questões realizadas?”, “Que efeitos as sessões tiveram para si?”, “Considera que houve algum dano para si?” e “Sugestões futuras para este programa” e fez-se uma análise de conteúdo das respostas.

Por último, fez-se uma correlação de Spearman com as categorias de respostas encontradas na análise de conteúdo dos efeitos relatados por participante com as variáveis quantitativas em estudo (funcionamento cognitivo, sintomatologia depressiva e QdV).

Resultados

Resultados Quantitativos

Aplicou-se o teste de Mann-Whitney para testar a equivalência dos grupos na primeira avaliação. Deste modo, os grupos são equivalentes, ainda que os participantes do GI são mais autónomos ($Mdn=17.50$), diferindo significativamente do GC ($Mdn=15.00$) no pré-teste, $U = 66.50$, $z = -2.52$, $p < .05$, $r = -.44$, com um tamanho de efeito médio.

Utilizou-se o teste de Wilcoxon para comparar os dois momentos de avaliação de cada grupo (Anexo G). Deste modo, podemos observar que no GC só se verificaram diferenças estatisticamente significativas no Funcionamento Sensorial (avaliado pelo WHOQOL-OLD) entre o pré e o pós-teste, com um tamanho do efeito médio desta diminuição. No entanto, no GI há diferenças estatisticamente significativas em diferentes variáveis avaliadas, a saber: diminuição nos níveis de depressão entre o pré e o pós-teste, com um efeito médio; na qualidade de vida geral salienta-se um aumento entre o primeiro momento e o segundo momento, com um tamanho do efeito médio; na autonomia evidencia-se um aumento significativo entre o início e o fim, com um tamanho do efeito médio; na faceta das atividades passadas, presentes e futuras é observado um aumento significativo entre o pré e o pós-teste, com um tamanho do efeito médio; na participação social observa-se um aumento significativo entre os primeiro e o segundo momento de avaliação, com um efeito elevado; na faceta morte observa-se um aumento entre o pré e o pós-teste, com um tamanho do efeito médio; por fim, na intimidade evidencia-se uma diminuição entre o pré e o pós-teste, com um efeito médio.

Para verificar os resultados obtidos da intervenção também aplicámos o teste de Mann-Whitney para comparar os grupos no segundo momento de avaliação, e verificou-se diferenças de medianas entre os dois grupos na sintomatologia depressiva, mas não significativas, e diferenças significativas na qualidade de vida geral e nas várias facetas da QdV, como funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social. Observou-se que os participantes do GI apresentam maiores níveis de qualidade de vida geral (Mdn=112.50) em comparação ao GC (Mdn=99.00), diferindo significativamente entre eles, $U = 62.00$, $z = -2.67$, $p < .01$, $r = -.47$, com um tamanho do efeito médio. Verificou-se que o GI tem melhor percepção de funcionamento sensorial (Mdn=18.00) após as sessões de estimulação, diferindo significativamente do GC (Mdn=14.00), $U = 68.00$, $z = -2.47$, $p < .05$, $r = -.43$, com um tamanho do efeito médio. Verificou-se que o GI tem melhor percepção de autonomia (Mdn=18.50) após o PEM, diferindo significativamente do GC (Mdn=14.00), $U = 50.50$, $z = -3.11$, $p < .01$, $r = -.54$, com um efeito elevado. Em relação à faceta das atividades passadas, presentes e futuras no fim do programa, o GI tem maior percepção desta faceta (Mdn=17.00) em comparação ao GC (Mdn=13.00), verificando-se diferenças significativas, $U = 45.00$, $z = -3.30$, $p < .01$, $r = -.57$, com um efeito elevado. E, ainda, os participantes do GI apresentam maiores níveis de participação social (Mdn=18.00) após o programa em relação ao GC (Mdn=15.00), observando-se diferenças significativas, $U = 65.00$, $z = -2.58$, $p < .05$, $r = -.45$, com um tamanho do efeito médio. Por fim, em relação ao funcionamento cognitivo não foram encontradas diferenças significativas no segundo momento de avaliação ($U = 95.50$, $z = -1.47$, $p > .05$), mas comparando as medianas podemos observar que o GI (Mdn=27.00) apresenta valores mais elevados de funcionamento cognitivo que o GC (Mdn=23.00).

Atendendo à melhoria significativa da sintomatologia depressiva no GI decidimos testar no grupo de intervenção se os graus de depressão diferem entre os dois momentos de avaliação, através do teste Wilcoxon, não se verificou diferenças significativas nos graus de depressão entre o pré-teste e o pós-teste, $T = -1.73$, $p > .05$.

Para avaliar se os graus de depressão iniciais estão relacionados com os resultados de QdV encontrados no final do programa, aplicou-se a Correlação de Spearman. Deste modo, apenas se verificou correlações negativas tendencialmente significativas no GI entre os graus iniciais de depressão com a faceta intimidade ($r_s = -.49$, $p = .056$, $R^2 = .24$).

Com vista a verificar se as reações/efeitos das sessões estão relacionadas com o funcionamento cognitivo, os sintomas depressivos e a QdV no final do programa, aplicou-se a Correlação de Spearman. Verificou-se, somente, uma correlação positiva entre os efeitos das sessões e os sintomas depressivos, $r_s = .40$, $p < .05$, $R^2 = .16$.

Aplicou-se a Correlação de Spearman para averiguar se existe relação entre as emoções sentidas ao longo das sessões do programa de estimulação e os graus depressivos. Apenas se verificou uma correlação positiva significativa entre a emoção Perturbado e o total do PHQ-9 ($r_s = .62$, $p < .05$, $R^2 = .38$) e os graus de depressão ($r_s = .54$, $p < .05$, $R^2 = .29$).

Com vista a verificar as emoções experienciadas no final de cada sessão, utilizou-se o teste de Friedmann, e podemos observar que todas as emoções de valência negativa foram diminuindo significativamente ao longo das sessões (Anexo H), nomeadamente receio, descontente, ira, culpa, ansiedade, tristeza, sobressalto, espanto/perplexidade, rejeição, zangado, vergonha, preocupação, perturbação, susto, aborrecimento, contrariado, humilhação, nervosismo e desesperado, bem como a surpresa e o espanto. Todavia, as emoções de valência positiva não apresentaram alterações estatisticamente significativas, apesar de na emoção felicidade observarmos uma diferença tendencialmente significativa, no entanto, apresentarem uma tendência de aumento progressivo conforme se pode visualizar no Anexo H, comparando a evolução ao longo do programa.

Resultados de Observação Qualitativa

Durante a realização do estudo foi possível registar algumas observações de ordem qualitativa que considerámos pertinentes no estudo, parte das quais foram objeto de avaliação no questionário final, com questões abertas (cf. Anexo I). Acrescentamos, ainda, algumas observações que julgámos pertinentes ter em consideração no estudo, referidas pelos participantes, como por exemplo, “Estas atividades servem para conhecer melhor quem somos”, “Relembramo-nos de situações/memórias”, “Consigo ficar tranquila e feliz”, “Consciencializar-nos das nossas memórias” e “Momentos de partilha. Relembrar os tempos antigos e trabalhamos a memória”.

Discussão

O envelhecimento da população é uma realidade em Portugal e no mundo, tornando-se, cada vez mais, um fator preocupante e alvo de algumas pesquisas no campo

da saúde e da psicologia. E, como *cuidar da pessoa idosa é valorizar a nossa história e futuro*, é necessário permitir e promover um maior bem-estar e QdV a esta faixa etária. Deste modo, o presente estudo é de maior importância devido a esta necessidade de “dar mais vida aos anos” (Torres Pires, 2008) e muito existe ainda para fazer nesta área.

Os resultados obtidos neste estudo evidenciam que a aplicação de um programa de estimulação multissensorial, que recorre à arte e estratégias baseadas em *mindfulness*, pode diminuir a sintomatologia depressiva e aumentar a QdV, bem como a manutenção do funcionamento cognitivo, visto que no GI verificou-se um aumento do funcionamento cognitivo, enquanto que no GC observou-se uma diminuição do mesmo, apesar de estes dados não se revelarem estatisticamente significativos. No entanto, é de salientar estas diferenças no funcionamento cognitivo e afirmamos a necessidade de estudos futuros com o intuito de aprofundar esta questão.

No nosso estudo, nos dados recolhidos no primeiro momento de avaliação apenas se verificam diferenças significativas na faceta autonomia entre os grupos amostrais, com privilégio para o grupo de intervenção. Estes resultados mostram-nos que os grupos são equivalentes no início do estudo na grande maioria das variáveis estudadas, o que nos dá maior confiança na atribuição dos resultados à intervenção. No entanto, este resultado vai contra ao esperado inicialmente, dado que o GC é, essencialmente, constituído por indivíduos pertencentes a um centro de dia e, pela legislação do mesmo, apenas aceitam sujeitos independentes. No entanto, os dados obtidos vão de encontro à literatura, dado que o centro de dia procura promover a autonomia, tornando-os menos dependentes. De acordo com o *Manual de processos-chave do Centro de Dia* (Instituto da Segurança Social, 2010), o Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida, promovendo a autonomia e a prevenção de dependência ou o seu agravamento.

Os dados obtidos demonstram que o grupo que não teve acesso ao programa de estimulação multissensorial apresenta diminuição significativa da faceta de funcionamento sensorial da QdV, do início para o fim do programa. Estes resultados corroboram o que a literatura indica, já que o envelhecimento é um processo biológico natural, que se caracteriza pela diminuição da sensibilidade dos órgãos do sentido, ou seja, a senilidade dos cinco sentidos (Lima, 2007). Estas alterações centram-se na deterioração da visão a partir dos 60 anos de idade, bem como o ouvido, à medida que envelhece, vai perdendo a

sua capacidade de funcionar (Lima, 2007). A mesma autora acrescenta que em relação ao olfato e paladar, esses sentidos estão associados a grande perda do interesse e motivação nesta faixa etária, isto porque, com o envelhecimento, esses sentidos ficam bastante reduzidos, além de se tornarem menos eficientes. E, ainda, o tato, que apresenta deterioração, implicando sérios problemas psicomotores (Lima, 2007). Por outro lado, o facto de não se verificar o mesmo declínio no GI, leva-nos a concluir que o PEM implementado pode contribuir para a manutenção do funcionamento sensorial.

Em relação ao grupo que teve acesso ao PEM, podemos observar melhorias significativas na sintomatologia depressiva, na qualidade de vida geral e nas várias facetas da QdV. Deste modo, podemos concluir que, comparando os dois momentos de avaliação, ocorreu uma diminuição dos níveis de sintomatologia depressiva, o que nos indica que o programa apresenta benefícios nesta sintomatologia. Estes resultados vêm corroborar a literatura, dado que o envelhecimento a nível psicológico presencia alterações a vários níveis, como o funcionamento cognitivo, afetivo e social (Aversi-Ferreira, Rodrigues, & Paiva, 2008). Os idosos apresentam maiores dificuldades em adaptar-se a novos papéis, a novas situações e a mudanças rápidas, mas também a gerir as perdas afetivas e sociais e a preservar o humor, e, ainda, evidenciam baixa autoestima (Zimerman, 2000).

No que concerne à qualidade de vida geral demonstrou resultados significativos entre os dois momentos de avaliação, aumentando os resultados da mesma, o que indica que o programa desenvolvido produziu efeitos positivos na QdV. Estes resultados vêm corroborar a literatura, dado que a QdV pode ser entendida como a percepção do indivíduo sobre a sua vida, os objetivos, expectativas e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995). Segundo Gonçalves e colaboradores (2014), as vivências e práticas da vida quotidiana, nomeadamente atividades de lazer, estão relacionadas com a percepção de QdV dos idosos. As atividades de lazer são frutos de escolhas pessoais de procura da satisfação, livres de obrigações, que podem assumir funções de descanso, divertimento e/ou de desenvolvimento pessoal e social (Dumazedier, 1980). Deste modo, as atividades de grupo proporcionam a discussão de temas de interesse da coletividade, podendo intervir de modo positivo no quotidiano dos indivíduos por meio da aprendizagem participativa (Dall' Agnol, Resta, Zanatta, Schrank, & Maffaccioli, 2007). Nos idosos, estas atividades podem contribuir para a valorização da vida, autocuidado, crescimento pessoal e procura ativa da sua saúde (Morais, 2009). Segundo o mesmo autor, as atividades educativas grupais com

idosos podem contribuir para escolhas mais saudáveis na sua vida. Deste modo, as atividades de grupo podem ser consideradas uma estratégia para melhoria da QdV do idoso, dado que se considera uma ação terapêutica para os sujeitos (Dall' Agnol et al., 2007). No entanto, ao contrário, no estudo de Tavares e colaboradores, (2012) os resultados obtidos mostraram que os idosos que participavam em atividades educativas grupais apresentaram menores pontuações de QdV em relação aos não participativos, embora os autores esperarem um resultado divergente, dado que estas atividades têm potencial de contribuir para a troca de experiências e manutenção da autonomia do idoso.

Em relação à faceta autonomia da QdV, comparando os dois momentos de avaliação do GI, podemos observar um aumento desta faceta, o que nos indica que o programa aumenta a capacidade para viver de forma mais autónoma, bem como a tomar decisões mais facilmente. Estes resultados vêm corroborar a literatura, visto que autores sugerem que os idosos sujeitos a estimulação cognitiva mantêm a sua autonomia nas atividades de vida diárias (Lindolpho, Sá, & Cruz, 2010). Posto isto, podemos concluir que o PEM com estratégias de arte e *mindfulness* promovem estes benefícios. Assim, a autonomia inclui liberdade de escolha, de ação e autocontrolo sobre a vida (Diogo, 1997), portanto podemos considerar que este programa promove a capacidade do indivíduo em ser independente na realização das atividades da vida diária.

A faceta das atividades passadas, presentes e futuras da QdV comparando os dois momentos de avaliação do GI foi, igualmente, significativa, podendo atestar um aumento desta faceta, o que nos indica que o programa aumenta a satisfação com objetivos alcançados durante a vida e os projetos a realizar no decorrer da mesma. Esta faceta pode estar relacionada com os materiais utilizados no decorrer do programa de estimulação, em que era solicitado e pretendido que os participantes recordassem momentos e experiências vividas. Em adição, a técnica de *mindfulness* também pode ter contribuído para este aumento, dado que os utentes se centravam e concentravam nos seus sentidos, nas suas emoções e no que experienciavam totalmente no agora/momento. Os resultados vêm corroborar a literatura, segundo a terapia da reminiscência que valoriza o utente pelo seu conhecimento adquirido no seu passado (Camara et al., 2009).

Relativamente à faceta da participação social de QdV, podemos constatar um aumento entre os dois momentos de avaliação, o que nos indica que os idosos, através do programa desenvolvido, apresentam satisfação com a participação em atividades do

quotidiano, nomeadamente, na comunidade. Este resultado pode ser explicado pela participação em grupo nas sessões, permitindo, promovendo e fortalecendo as relações sociais, e a troca de ideias e pontos de vista. Silva (2008) defende que os idosos participantes de atividades grupais apresentam maior qualidade de vida. Em contrapartida, Lima (2007) acrescenta que as perdas auditivas frequentes nesta faixa etária podem conduzir ao isolamento, pelo que intervenções deste género podem ser benéficas.

Na faceta morte e morrer pode-se observar um aumento entre os dois momentos de avaliação, indicando-nos que o programa desenvolvido pode ter levado a uma consciência relativa à morte e ao morrer. Este resultado pode ser aclarado pela estimulação multissensorial que permitiu aos mesmos terem a perceção dos sentidos, da deterioração dos mesmos, e das limitações inerentes a esta idade. Pode também ser explicado pelas estratégias de *mindfulness*, que desenvolvem maior consciência do momento e estado presente, podendo contribuir para um aumento da consciência da vulnerabilidade à morte. A maior consciência desta vulnerabilidade não é necessariamente destrutivo, apesar das diversas preocupações, medos e emoções negativas que pode desencadear (Gomes, 2013). Este aumento de consciência pode aumentar a perceção de maior controlo e o planeamento da vida até esse momento, podendo ser estruturante nesta fase da vida, promovendo a aceitação e a preparação para a finitude (Herschbach & Dinkel, 2014). Estes resultados corroboram a literatura, dado que com o avançar da idade o indivíduo sente o aproximar do fim de vida, vendo-se forçado a contemplar o seu percurso de vida. Segundo Kovács (2005), na terceira idade há um maior número de perdas, incitando que o idoso pense na finitude. Os idosos encaram a morte como uma certeza (Frumi & Celich, 2006).

Por fim, em relação à faceta intimidade podemos observar uma diminuição entre os dois momentos de avaliação, o que nos indica que os idosos após a intervenção, percecionam a sexualidade de outra forma, mas também que há uma menor capacidade para estabelecer relações íntimas com outra pessoa. Monteiro (2002) afirma que os idosos correm os riscos de terem diminuída sua autoestima, percecionando-se cada vez mais desinteressantes e, por conseguinte, passam a negar o desejo e a sexualidade. Este resultado também pode ser explicado pela estratégia de *mindfulness*, pelo autofoco inerente. Outro fator explicativo é o nosso programa não abordar da intimidade sexual. Apesar da literatura referir um declínio contínuo a este nível, esta intervenção pode não ser suficiente para explicar as alterações verificadas nas cinco semanas de intervenção, visto

que alguns autores defendem que o afeto e sensualidade não precisam de se deteriorar com a idade, podendo até aumentar, já que o sexo na velhice é emocional, é aprendido e menos instintivo, possibilita novas experiências criativas e exige sensibilidade (Butler & Lewis, 1985 cit. in Tavares & Carvalho, 2011).

Neste estudo não se verificou diferenças significativas no GI comparando os dois momentos de avaliação em relação aos graus depressivos. No entanto, apesar de estes resultados não serem significativos, a sintomatologia depressiva, em termos de avaliação quantitativa da variável contínua, diminuiu significativamente. Deste modo, uma explicação para este resultado é que a diminuição da sintomatologia pode não corresponder à diminuição dos graus depressivos, ou seja, o indivíduo pode diminuir a intensidade depressiva, mas não ser suficiente para alterar o grau depressivo (de severo, moderado, médio e mínimo). Apesar de no nosso estudo não termos verificado estatisticamente esta alteração, o estudo de Lucca e Rabelo (2011) defende que as atividades de lazer têm efeito na mudança da classificação dos idosos quanto ao grau de depressão, para além de diminuir a sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados. Como Lucca e Rabelo (2011), acreditamos agora que as atividades inerentes à estimulação multissensorial constituem uma forma de minimizar a depressão, nesta faixa etária, quando esta é leve ou moderada. Posto isto, defendemos que o PEM tem efeitos positivos na diminuição do grau de sintomatologia depressiva, visto que permitiu interagir com outros indivíduos, estarem ocupados, sentirem-se úteis e valorizados como ser humano, perceberem as funções executivas que ainda mantém, entre outras, que fomentam o seu suporte social, o seu bem-estar e satisfação e, por conseguinte, a QdV. Estudos anteriores (cf. Loures & Gomes, 2006; Irigaray & Schneider, 2008 cit. in Costa, 2013) verificaram uma redução significativa dos sintomas depressivos após a participação em atividades lúdicas e socioeducativas. Para além destes resultados, verificaram-se, ainda, um aumento da QdV dos participantes nos domínios físico, psicológico e social e que tais programas, direcionados para a população idosa, podem ter um papel preponderante na prevenção e na área da saúde mental (Gatz & Smyer, 2001).

Os dados recolhidos demonstram que os graus de depressão iniciais, isto é, no primeiro momento de avaliação, estão relacionados com os valores da QdV obtidos no final do programa. Contudo, estes resultados apenas evidenciam uma relação negativa com a faceta intimidade, o que indica que quanto maior o nível de depressão, menor é a

percepção da intimidade dos relacionamentos íntimos e quando se diminui o nível de depressão maior é a intimidade. Estes resultados vão de encontro ao esperado, dado que quando uma pessoa está mais deprimida não se sente tão predisposta a um relacionamento íntimo. A literatura corrobora a ideia da associação encontrada entre depressão e QdV, no sentido em que a depressão se constitui como a perturbação afetiva mais frequente nesta faixa etária, no entanto, o humor deprimido não faz parte do envelhecimento normal e não declina a atividade social (Vaz, 2009). O mesmo autor acrescenta que a depressão diminui significativamente a QdV do idoso e pode conduzir à incapacidade. Neto (2000) salienta a insatisfação e a solidão devido a uma relação pessoal e íntima, designada de solidão emocional. Esta também é vivenciada por alguns idosos, especialmente por aqueles que não têm uma companhia íntima (Teixeira, 2010).

Os dados obtidos no nosso estudo dão suporte à ideia de que no término do programa as emoções são menos negativas do que ao início do programa, dado que as emoções de valência negativa diminuíram de forma estatisticamente significativa ao longo das sessões. Em contrapartida, as emoções de valência positiva, apesar de não evidenciarem resultados estatísticos significativos, aumentaram no decorrer das sessões. Assim, podemos observar que o PEM permitiu vivenciar e experienciar emoções de valências menos negativas e persistir na experiência de emoções de valência positiva, o que nos indica que as sessões do PEM têm efeitos positivos a nível das emoções, dado que estas atividades permitem experienciar sensações de bem-estar e de satisfação para com eles e para com os outros. Mas o PEM permitiu, também, estabelecer novas relações sociais e fortalecer as relações interpessoais já existentes. Estes resultados vêm corroborar a literatura, dado que existe uma relação positiva entre a satisfação e as atividades produtivas ou de lazer, sendo que as atividades influenciam a satisfação e estão relacionadas com o facto de potencializarem e manterem certas dimensões do *self*, de forma benéfica (Matos, Branco, Carvalhosa, Silva, & Carvalhosa, 2005). Os mesmos autores acrescentam que o envolvimento em determinadas atividades pode promover o sentimento de capacidade, de controlo, de utilidade, a manutenção da autoestima, mas também, promover o relacionamento social. Deste modo, ser-se socialmente ativo fomenta bem-estar e, por conseguinte, satisfação com a vida. Além disso, as emoções estão relacionadas com o funcionamento físico e mental dos idosos, e influenciam o raciocínio, a

atenção e a memória, bem como a tomada de decisão, a resolução de problemas e a criatividade (Grewal, Brackett, & Salovey, 2006).

As emoções sentidas ao longo do programa estão relacionadas com os graus de depressão e a sintomatologia depressiva. Estes resultados evidenciam uma relação positiva com a emoção Perturbado, o que indica que quanto maior a intensidade desta emoção maior é o grau de depressão e os sintomas depressivos. Uma possível explicação para este resultado é que uma pessoa deprimida, e com maior grau de sintomas depressivos, tende a ficar mais perturbada no seu dia-a-dia, dado que tem dificuldades de concentração, mostra-se mais sensível, com períodos de choro, não está tão predisposta para relacionamentos interpessoais, baixa autoestima, etc. Contudo é necessário ter cuidado com os conteúdos artísticos em instituições de idosos que estimulam emoções de perturbação associadas a maior sintomatologia depressiva e maior grau depressivo. A literatura corrobora este resultado, em que no processo de regulação emocional, as emoções positivas e negativas podem aumentar, manter-se ou diminuir (Bruto, 1999 cit. in Koole, 2009), implicando, muitas das vezes, mudanças na resposta emocional resultante da aprendizagem que se desenvolve ao longo da vida e com a tomada de consciência do tipo de emoções que as pessoas têm e da forma como as experimentam e expressam (Ebner & Johnson, 2009). As emoções negativas são essenciais para a sobrevivência, visto que perante estímulos ameaçadores produzem-se respostas rápidas e específicas (e.g., luta-fuga), ao passo que as emoções positivas têm um impacto a longo prazo (Forgas, 2002), bem como aumentam os níveis de saúde física e o bem-estar psicológico (Fredrickson, 2001). Diversos estudos indicam que as pessoas idosas com maior nível de sintomatologia depressiva apresentam maior probabilidade de declínio no funcionamento cognitivo, quando comparados com sujeitos com menores níveis de sintomatologia (Blazer, 2009; Chi & Chou, 2000). O impacto da sintomatologia depressiva nesta faixa etária interfere com a autonomia, a satisfação e a QdV (Åberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly, & Lithell, 2005), as atividades de vida diária (Bisschop, Kriegsman, Deeg, Beekman, & Van Tilburg, 2004), a saúde (Williams, Jacka, Pasco, Dodd, & Berk, 2006) e o funcionamento cognitivo (Gallassi, Di Sarro, Morreale, & Amore, 2006).

Este estudo permitiu fornecer suporte à ideia de que os efeitos sentidos no final do programa apresentam-se associados significativamente com os sintomas depressivos, o que nos indica que se experienciarmos e sentirmos emoções de valências positivas podemos

verificar uma diminuição dos sintomas depressivos. Este resultado também pode ter sido alcançado, dado que os idosos estavam ocupados com as atividades do PEM, visto que os idosos foram estimulados e autodesenvolveram-se em áreas sociais, culturais e educacionais, através da realização das sessões grupais, que facilitam as relações interpessoais (Costa, 2013). As atividades de grupo revelam-se como uma fonte de estimulação muito importante no combate à depressão. Participar em atividades sociais mantém o idoso ativo, ocupado e com interesse na vida (Gabriel & Bowling, 2004). De acordo com Zimmerman (2000) se houver estimulação pode contornar-se a depressão através do relacionamento e de atividades prazerosas. No entanto, os nossos resultados não deram suporte à ideia de que os efeitos das sessões influenciam a QdV e o funcionamento cognitivo, o que era esperado, dado que, segundo algumas evidências, a emoção está em constante interação com os processos cognitivos. Mas também com a QdV, já que se um indivíduo estiver bem consigo próprio e com o que o rodeia, proporciona um melhor funcionamento emocional e uma maior percepção de satisfação com vida, e, por conseguinte, uma melhor percepção de QdV. Quando está presente uma perturbação depressiva, o funcionamento cognitivo diminui devido à menor motivação, défice de recursos cognitivos, dificuldade em iniciar estratégias cognitivas, incapacidade para inibir pensamentos distrativos (Gotlib, Roberts, & Gilboa, 1996 cit. in Roberts & Carlos, 2006). Assim, a presença de sintomas depressivos afeta processos cognitivos básicos, como a atenção e a memória, condicionando em seguida processos mais complexos, como a resolução de problemas (Gallo, Rebok, Tennstedt, Wadley, Horgas, et al., 2003 cit. in Prata, 2013).

Por fim, o nosso estudo demonstra que no decorrer do PEM os relatos dos idosos são mais positivos, mas também, ao longo das sessões, os participantes iam revelando mais verbalizações, verbalizações essas de valência positiva. Estes resultados vêm corroborar a literatura. De acordo com Forgas (2002), as pessoas idosas que experimentam com frequência emoções positivas geram nelas próprias emoções positivas, e experienciando mais emoções positivas com maior frequência percebem e avaliam mais positivamente o comportamento das outras pessoas, realizam atribuições mais indulgentes e comportam-se de uma maneira mais confiante, otimista e generosa em situações sociais. Por isso, sentir emoções positivas ajuda a que as pessoas estejam mais disponíveis para interagir com as outras pessoas e a pensarem melhor. Posto isto, os idosos ao longo das sessões iam ficando

mais confiantes, mais à vontade, sem receio de pronunciarem o que sentiam, daí no decorrer do programa, o número de verbalizações ser mais elevado.

Deste modo, com a revisão da literatura realizada foi possível constatar que a maioria da população está envelhecida e, juntamente com esta característica, apresentam índices de depressão, de deterioração do funcionamento cognitivo e menores níveis de QdV. Posto isto, é fulcral atuar nesta faixa etária com estratégias que proporcionem melhor bem-estar, autoestima, maior satisfação com a vida, e, por conseguinte, melhor QdV.

A estimulação multissensorial evidenciou, através do programa desenvolvido e das sessões implementadas, efeitos na manutenção do funcionamento cognitivo, diminuição da sintomatologia depressiva e aumento da percepção de qualidade de vida em idosos. As sessões realizadas permitiram, igualmente, experienciar menos emoções de valência negativa e mais emoções de valência positiva. E, ainda, demonstrou um maior número de verbalizações, essencialmente, de valência positiva referentes às sessões e atividades realizadas. Desta forma, salientamos os benefícios deste programa, referindo que são atividades fáceis de implementar e de custo reduzido.

Acreditamos, também, que estes resultados foram alcançados devido à implementação de estratégias baseadas em *mindfulness*, que pretende que as pessoas se centrem no momento, não se preocupando com o passado e com o futuro. Sabe-se que a sintomatologia depressiva está associada a pensamentos automáticos negativos, causando sofrimento. Neste sentido, os dados da literatura e os que encontrámos no nosso estudo apontam para o *mindfulness* como uma abordagem que desafia o indivíduo a aprender a relacionar-se com os pensamentos, desenvolvendo a atitude de observar e aceitar os pensamentos tal como são (Greenberg & Padesky, 1995 cit. in Rejeski, 2008).

Este trabalho vem contribuir para uma área de investigação pouco explorada a nível nacional e internacional, que se trata da investigação na área da estimulação multissensorial baseada na arte, mas também a estimulação multissensorial com recurso a estratégias de *mindfulness* em idosos. Mas também, este estudo tem implicações clínicas, dado que o PEM implementado contribuiu para a manutenção do funcionamento cognitivo, a diminuição da sintomatologia depressiva, aumento da QdV e de experienciar emoções de valências menos negativas.

No entanto, o estudo apresenta limitações. A sua maior limitação refere-se a ter-se adotado uma distribuição dos participantes por motivação em participar e não de forma

aleatória. Deste modo, os grupos não foram obtidos por distribuição completamente aleatória, o que limita a generalização dos resultados. Esta limitação prende-se com a de não se tratar de um estudo com um desenho experimental completamente aleatório, que se trata do tipo de desenho com maior rigor científico, daí considerarmos que esta é a principal limitação do estudo. O tamanho da amostra foi outra limitação do estudo.

Em investigações futuras, defendemos que os instrumentos de avaliação e os programas de intervenção estudados nesta investigação deverão continuar a ser objeto de estudo no futuro, com vista a testar a generalização dos resultados obtidos. Os programas de intervenção devem ser idealmente estudados no âmbito de estudos completamente aleatórios e duplamente cegos. Realçamos, também, a importância da identificação dos fatores externos ao programa de intervenção que podem influenciar a diminuição ou o aumento do funcionamento cognitivo, dos sintomas depressivos e da QdV. Por outro lado, a obtenção de uma amostra maior e mais representativa da população idosa seria também desejável. Seria igualmente importante implementar o PEM num grupo de idosos institucionalizados na valência do lar e num grupo institucionalizado na valência do centro de dia, para tentar perceber o efeito que esta variável poderá ter nas variáveis em estudo. E, ainda, implementar o PEM de manutenção e *follow-up*, que reforcem e clarifiquem estes resultados. Por fim, sugerimos a reformulação do PEM, no sentido de incluir uma sessão em que se aborde a intimidade e a sexualidade, porque apenas esta faceta evidenciou uma diminuição entre os dois momentos de avaliação, percecionando-a, assim, de outra forma.

Referências Bibliográficas

- Åberg, A. C., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age - A qualitative study of patients' perceptions. *Quality of Life Research*, 14(4), 1111–1125. doi:10.1007/s11136-004-2579-8
- Aguiar, A. P., & Regina, M. (2010). Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2, 710–713. Retrieved from http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1102/pdf_264
- Amodeo, M. T., Netto, T. M., & Fonseca, R. P. (2010). Desenvolvimento de programas de estimulação cognitiva para adultos idosos : modalidades da Literatura e da Neuropsicologia. *Letras de Hoje*, 45(3), 54–64. Retrieved from <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/8121/5810>
- APA, A. P. A. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6ª ed.). Washington DC: American Psychological Association.
- APA, A. P. A. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: American Psychiatric Association.

- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(5), 193–201. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a20.pdf>
- Arts Council England. (2014, March). The Value of Arts and Culture to People and Society: an evidence review, pp. 1–53. Manchester. Retrieved from <http://www.artscouncil.org.uk/media/uploads/pdf/The-value-of-arts-and-culture-to-people-and-society-An-evidence-review-Mar-2014.pdf>
- Aversi-Ferreira, T. A. A., Rodrigues, H. G. R., & Paiva, L. R. (2008). Efeitos do envelhecimento sobre o cérebro. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 5(2), 46–64. Retrieved from <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/128/247>
- Baker, R., Bell, S., Baker, E., Gibson, S., Holloway, J., Pearce, R., ... Wareing, L. A. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 81–96. doi:10.1348/014466501163508
- Barros de Oliveira, J. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (4ª Edição.). Livpsic.
- Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M. W., Deeg, D. J. H., Beekman, A. T. F., & Van Tilburg, W. (2004). The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(2), 187–194. doi:10.1016/j.jclinepi.2003.01.001
- Blazer, D. G. (2009). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 58A(3), 249–265. Retrieved from <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/58/3/M249.full.pdf+html>
- Bygren, L. O., Konlaan, B. B., & Johansson, S. E. (1996). Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *British Medical Journal*, 313(1), 1577–1580. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2359094/pdf/bmj00573-0013.pdf>
- Camara, V. D., Gomes, S. S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa, S. A., ... Fonseca, A. A. (2009). Reabilitação Cognitiva das Demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45(1), 25–33.
- Cardoso, T. (2007). *Interacção verbal em aulas de línguas: meta-análise da investigação portuguesa entre 1982 e 2002*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Retrieved from <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1465/1/2008000382.pdf>
- Carlson, C. R., Collins, F. L., Stewart, J. F., Porzellius, J., Nitz, J. A., & Lind, C. O. (1989). The assessment of emotional reactivity: A scale development and validation study. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 11, 313–325. doi:10.1007/BF00961530
- Chan, M. F., Wong, Z. Y., Onishi, H., & Thayala, N. V. (2012). Effects of music on depression in older people: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5-6), 776–83. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03954.x
- Chaves, M. L. F. (2009). Testes de avaliação cognitiva: Mini-Exame do Estado Mental. Retrieved October 20, 2015, from http://www.cadastro.abneuro.org/site/arquivos_cont/8.pdf
- Chi, I., & Chou, K. (2000). Depression predicts cognitive decline in Hong Kong Chinese older adults. *Aging & Mental Health*, 4(2), 148–157. doi:10.1080/13607860050008673

- Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K. M., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46(6), 726–734. doi:10.1093/geront/46.6.726
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Costa, P. I. F. da S. (2013). *Promoção da Saúde em Idosos: Projeto de Intervenção na Depressão com base em Animação Sociocultural*. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Retrieved from http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/11071/1/PATRICIA_COSTA.pdf
- Dall' Agnol, C. M., Resta, D. G., Zanatta, E., Schrank, G., & Maffaccioli, R. O. (2007). O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(1), 21–26. Retrieved from <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4690/2614>
- Diogo, M. (1997). A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 5(1), 59–64. doi:10.1590/S0104-11691997000100007
- Dumazedier, J. (1980). *Valores e conteúdos culturais do lazer*. São Paulo: SESC.
- Ebner, N., & Johnson, M. (2009). Young and older emotional faces: Are there age group differences in expression identification and memory? *Emotion*, 9(3), 329–339. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2859895/>
- Evans, M., Hammond, M., Wilson, K., Lye, M., & Copeland, J. (1997). Treatment of depression in the elderly: effect of physical illness on response. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(12), 1189–1194. doi:10.1002/(SICI)1099-1166(199712)12:12<1189::AID-GPS715>3.0.CO;2-Z
- Folstein, M., Folstein, S., & Mchugh, P. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. Retrieved from <http://www.journalofpsychiatricresearch.com/article/0022-3956%2875%2990026-6/pdf>
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica* (2ª Edição.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Forgas, J. (2002). Feeling and doing: Affective influences on interpersonal behavior. *Psychological Inquiry*, 13(1), 1–28. doi:10.1207/S15327965PLI1301_01
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/pdf/nihms-305177.pdf>
- Frumi, C., & Celich, K. L. S. (2006). O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 92–100.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society*, 24(5), 675–691. doi:10.1017/S0144686X03001582
- Gallassi, R., Di Sarro, R., Morreale, A., & Amore, M. (2006). Memory impairment in patients with late-onset major depression: The effect of antidepressant therapy. *Journal of Affective Disorders*, 91(2-3), 243–250. doi:10.1016/j.jad.2006.01.018
- Gatz, M., & Smyer, M. A. (2001). Mental health and aging at the outset of the twenty-first century. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). San Diego: Academic

- Press.
- Gomes, A. M. R. (2013). *A Percepção da Morte pelo Idoso em Contexto Institucional de Lar Residencial*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Retrieved from https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2396/1/TESE_Ana_Gomes.pdf
- Gomes, J. S. (2011). *Contribuição para a Validação do IQCODE - Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly*. Tese de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga: Escola Superior de Altos Estudos. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/114/1/TESE - IQCODE - Joana Santos Gomes.pdf>
- Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*. Retrieved November 7, 2015, from <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0623.pdf>
- Gonçalves, K. C., Streit, I. A., Medeiros, P. A., Santos, P. M., & Mazo, G. Z. (2014). Comparação entre a percepção da qualidade de vida e o nível de aptidão física de idosos praticantes de atividades aquáticas. *Revista Brasileira de Ciências Da Saúde*, 12(39), 35–43. doi:10.13037/rbcs.vol12n39.2140
- Gordon-Nesbit, R. (2015). *Longitudinal Arts Engagement and Health*. Manchester: Manchester Metropolitan University. Retrieved from <http://longitudinalhealthbenefits.wordpress.com>
- Grewal, D., Brackett, M. A., & Salovey, P. (2006). Emotional intelligence and the selfregulation of affect. In D. Snyder, J. Simpson, & J. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families* (pp. 37–55). Washington: American Psychological Association.
- Guedes, M., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2010). Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11(2), 199–217. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v11n2/v11n2a02.pdf>
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination (MMSE)”. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9).
- Herschbach, P., & Dinkel, A. (2014). Fear of Progression. *Recent Results Cancer Research*, 197(1), 11–30. doi:10.1007/978-3-642-40187-9
- Hultsch, D. F., & Dixon, R. A. (1990). Learning and memory in aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3ª edição., pp. 259–274). San Diego: Academic Press.
- INE, Instituto Nacional de Estatística. (2014). Projeções de População Residente. Retrieved October 13, 2015, from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2
- Instituto da Segurança Social, I. P. Manual de processos-chave: Centro de Dia (2010). Retrieved from http://www.seg-social.pt/documents/10152/13694/gqrs_centro_dia_processos-chave/439e5bcd-0df3-4b03-a7fa-6d0904264719
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*,

- 23(1), 4–41. Retrieved from [http://dare2.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/16884/Koole_Cognition and Em](http://dare2.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/16884/Koole_Cognition_and_Em)
- Kovács, M. J. (2005). Educação para a Morte. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(3), 484–497. doi:10.1590/S1414-98932005000300012
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9 : A New Depression Measure. *Psychiatric Annals*, 32(9), 509–515. doi:170553651
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lee, Y. Y., Chan, M. F., & Mok, E. (2010). Effectiveness of music intervention on the quality of life of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2677–87. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05445.x
- Liesk, J., Hartogh, T., & Kalbe, E. (2015). Kognitive Stimulation und Musikintervention bei stationär versorgten Menschen mit Demenz. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 48(3), 275–281. doi:10.1007/s00391-014-0661-6
- Lima, J. P. (2007). A influência das alterações sensoriais na qualidade de vida do idoso. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, 8. Retrieved from <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1676>
- Lima, M. P., Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: Um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), p. 165–183. Retrieved from <http://98.130.112.242/index.php/rppedagogia/article/view/1299>
- Lindolpho, M. D. C., Sá, S. P. C., & Cruz, T. J. P. Da. (2010). Estimulação cognitiva em idosos com demência: uma contribuição da enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7(1), 125–131. doi:10.5335/rbceh.2010.012
- Lucca, I. I., & Rabelo, H. T. (2011). Influência das atividades recreativas nos níveis de depressão de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciência & Movimento*, 19(4), 23–30. Retrieved from <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/2394/2117>
- Martins, A. (2011). Snoezelen com Idosos: Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida. Retrieved from [http://www.forbrain.pt/uploads/documentos/10 Snoezelen com Idosos.pdf](http://www.forbrain.pt/uploads/documentos/10_Snoezelen_com_Idosos.pdf)
- Matos, M. G., Branco, J. D., Carvalhosa, S. F., Silva, M. N., & Carvalhosa, J. (2005). Promoção de competências pessoais e sociais nos idosos: programa de intervenção na comunidade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1(2). Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872005000200010&script=sci_arttext
- Miranda, M. L. D. J., & Godeli, M. R. C. S. (2003). Música, atividade física e bem-estar psicológico em idosos. *Revista Brasileira*, 11(4), 87–93. Retrieved from <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/532>
- Monteiro, D. M. R. (2002). Afetividade, Intimidade e Sexualidade no Envelhecimento. In E. V. Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 942–949). Rio de Janeiro.
- Monti, D. a., Peterson, C., Shakin Kunkel, E. J., Hauck, W. W., Pequignot, E., Rhodes, L., & Brainard, G. C. (2006). A randomized, controlled trial of mindfulness-based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15(5), 363–373. doi:10.1002/pon.988

- Morais, O. N. P. (2009). Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. *Psicologia Ciência E Religião*, 29(4), 846–855. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n4/v29n4a14.pdf>
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10–16. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/256295628_Novos_valores_Normativos_do_mini-mental_state_examination
- Moura-Ramos, M. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência*. Tese de Mestrado. Universidade de Coimbra.
- Moura-Ramos, M., Canavarro, M. C., & Araújo Pedrosa, A. (2004). O impacto emocional do nascimento de uma criança: Contributo para o estudo de algumas características psicométricas da Escala de Avaliação de Emoções. In *5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, A Psicologia da Saúde num Mundo em Mudança*. Lisboa.
- Murrock, C. J., & Higgins, P. A. (2009). The theory of music, mood and movement to improve health outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2249–57. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3573365&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Nordon, D. G., Guimarães, R. R., Kozonoe, D. Y., Mancilha, V. S., & Neto, V. S. D. (2009). Perda Cognitiva em Idosos. *Revista Da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11(3), 5–8.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde: Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. LIDEL - edições técnicas, Lda.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2ª ed.). Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Organização Mundial de Saúde. (2005). Envelhecimento Ativo uma Política de Saúde. *Organização Pan-Americana da Saúde*. Retrieved October 15, 2015, from http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf
- Ortiz, L. A., Ballesteros, J. C., & Carrasco, M. M. (2006). *Psiquiatria Geriátrica* (2ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Pereira, A. (2004). Concepções e práticas metodológicas em diferentes paradigmas de investigação. In R. Santiago, L. Oliveira, & A. Pereira (Eds.), *Investigação em educação: abordagens conceptuais e práticas*. (pp. 49–57). Porto: Porto Editora.
- Pereira, Z. M. F. (2012). *Treino Cognitivo em Idosos sem Demência*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde. Retrieved from [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8070/1/Treino Cognitivo em Idosos sem Demência.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8070/1/Treino%20Cognitivo%20em%20Idosos%20sem%20Demencia.pdf)
- Philippini, A. (1998). Mas O Que É Mesmo Arteterapia ? *Revistas de Arteterapia “Imagens Da Transformação,”* 5. Retrieved from <http://www.arteterapia.org.br/v2/pdfs/masoque.pdf>
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). Development of the WHOQOL-Old Module. *Quality of Life Research*, 14(10), 2197–2214. doi:10.1007/s11136-005-7380-9
- Prata, T. E. J. (2013). *Atenção, memória emocional explícita e implícita em idosos portugueses*. Universidade

- da Beira Interior. Retrieved from <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/3976/1/TeseDoutoramento.pdf>
- Rejeski, W. J. (2008). Mindfulness : Reconnecting the Body and Mind. *The Gerontologist*, 48(2), 135–141. doi:10.1093/geront/48.2.135
- Rios, T. M. da S., Menezes, T. M. de O. M., Cunha, D. do V., Pereira, L. S. de S., & Araújo, R. C. (2013). Lazer no envelhecimento: Relato de experiência. *Paraninfo Digital*, 7(19). Retrieved from <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/185d.pdf>
- Roberts, J. E., & Carlos, E. L. (2006). Impact of depressive symptoms, self-esteem and neuroticism on trajectories of overgeneral autobiographical memory over repeated trials. *Cognition & Emotion*, 20(3-4), 383–401. doi:10.1080/02699930500341367
- Rodrigues, M. (2006). *Efeitos de uma intervenção psico-educativa nas competências cognitivas e satisfação de vida em idosos. Cadernos de Estudo: Educação Social*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa.
- Santos, I., Tavares, B. F., Munhoz, T., Almeida, L. S., Silva, N. T., Tams, B., ... Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(8), 1533–1543. doi:10.1590/0102-311X00144612
- Sarkamo, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., ... Hietanen, M. (2008). Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*, 131(3), 866–876. doi:10.1093/brain/awn013
- Silva, C. B. D. C. de A. (2008). *Qualidade De Vida De Idosos Diabéticos*. Universidade Federal do Rio Grande. Retrieved from <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/2950/clauidiasilva.pdf?sequence=1>
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M., & Orrell, M. (2003). Efficacy of an Evidence-based Cognitive Stimulation Therapy Programme for People with Dementia: Randomised Controlled Trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248–254. doi:10.1192/03-23
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. R. (2002). Depressão no Idoso : Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz, Rio Claro*, 8(3), 91–98. Retrieved from <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2544.pdf>
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015–2028. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004
- Tavares, D. M. dos S., Dias, F. A., & Munari, D. B. (2012). Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25(4), 601–606. doi:10.1590/S0103-21002012005000019
- Tavares, M. M. S., & Carvalho, V. (2011). Estudo Bibliográfico Sobre a Sexualidade do Idoso na Contemporaneidade. *Psicologado*. Retrieved May 9, 2016, from <https://psicologado.com/psicologia-geral/sexualidade/estudo-bibliografico-sobre-a-sexualidade-do-idoso-na-contemporaneidade>
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Universidade de Lisboa. Retrieved from http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf
- Torres Pires, A. C. S. (2008). *Efeitos dos videojogos nas funções cognitivas da pessoa idosa*. Tese de

- Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10216/22139>
- Torres, A. C. S., Pereira, A., Monteiro, S., & Albuquerque, E. (2013). Preliminary validation study of a portuguese version of the patient health questionnaire (PHQ-9). *European Psychiatry*, 28(1), 1. doi:10.1016/S0924-9338(13)76982-7
- Van de Winckel, A., Feys, H., De Weerd, W., & Dom, R. (2004). Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia. *Clinical Rehabilitation*, 18(3), 253–260. doi:10.1191/0269215504cr750oa
- Vaz, S. F. A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Universidade do Porto. Retrieved from file:///C:/Users/Joana/Downloads/A_depressao_no_idoso_institucionalizado.pdf
- Vilar, M. M., & Simões, M. (2009). *WHOQOL-OLD: Manual de Administração e Cotação*[*European Portuguese WHOQOL-OLD module: Manual for administration and scoring*]. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2015). World Health Organization Quality of Life-OLD Module (WHOQOL-OLD). In M. R. Simões, I. Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD) (Coords.) (Eds.), *Escalas e Testes na demência* (3ª ed., pp. 194–199). Lisboa: Novartis.
- Wilkinson, A. V., Waters, A. J., Bygren, L. O., & Tarlov, A. R. (2007). Are variations in population health associated with attending cultural activities in the United States? *BMC Public Health*, 7, 226.
- Williams, L. J., Jacka, F. N., Pasco, J. A., Dodd, S., & Berk, M. (2006). Depression and pain: an overview. *Acta Neuropsychiatrica*, 18(2), 79–87. doi:10.1111/j.1601-5215.2006.00130.x
- Wilson, R. S., Leon, C. F. M., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J., Evans, D. A., & Bennett, D. A. (2002). Participation in Cognitively Stimulating Activities and Risk of Incident Alzheimer Disease. *JAMA*, 287(6), 742. doi:10.1001/jama.287.6.742
- Wilson, R. S., Leon, C. F. M., Bennett, D. a, Bienias, J. L., & Evans, D. a. (2004). Depressive symptoms and cognitive decline in a community population of older persons. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 75, 126–129. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1757443/pdf/v075p00126.pdf>
- Windle, G., Gregory, S., Newman, A., Goulding, A., O'Brien, D., & Parkinson, C. (2014). Understanding the impact of visual arts interventions for people living with dementia: a realist review protocol. *Systematic Reviews*, 3(1), 91. doi:10.1186/2046-4053-3-91
- World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL GROUP). (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Consentimento Informado

“Estimulação multissensorial, através da arte e de estratégias de *mindfulness* em idosos”.

Objetivo: Realizado no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro, este estudo tem como objetivo perceber que efeitos tem a estimulação multissensorial, através da arte e de estratégias de *mindfulness* nos idosos sem demência.

Procedimento: Este trabalho consiste num programa de estimulação, constituído por 10 sessões, duas vezes por semana, de 45 a 60 minutos. Inicialmente ser-lhe-ão solicitados alguns dados demográficos, posteriormente ser-lhe-á pedido que responda a 4 questionários: Exame Cognitivo Mini Mental (MMSE), Questionário de Perceção de Qualidade de Vida (WHOQOL-OLD), Questionário sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9), Escala de Avaliação das Emoções (EAS), e, ainda, um pequeno relato dos participantes por sessão. No fim de cada sessão, o idoso responderá à EAS.

Duração: A resposta aos questionários demorará cerca de 30 a 35 minutos. Em cada sessão o idoso responderá à EAS que demorará 5 minutos e mais 10 minutos para o relato pessoal.

Confidencialidade: A informação recolhida neste questionário é anónima e confidencial. Os dados obtidos serão tratados anonimamente e apenas no âmbito de trabalhos académicos e apresentações científicas.

Participação: A participação do idoso é voluntária e a qualquer momento pode desistir de participar, sem qualquer prejuízo para si ou terceiros.

Esclarecimentos: Caso deseje obter qualquer tipo de informação adicional sobre este trabalho poderá contactar (joanafvenancio@ua.pt).

Declaro que li integralmente o presente termo de aceitação, que compreendi as condições de participação, que permito a participação do meu familiar neste estudo, e que concordo que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima em trabalhos académicos, apresentações públicas, congressos científicos e publicações.

Assinatura do participante ou pessoa responsável

Assinatura do investigador

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Anexo B – Questionário Sociodemográfico

ID: _____

Sou estudante de Mestrado de Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica da Universidade de Aveiro, e estou realizar um estudo onde pretendo perceber que efeitos tem a estimulação multissensorial, através da arte e de estratégias de *mindfulness* nos idosos. Para tal, gostaria de pedir a colaboração para o preenchimento deste questionário. Pede-se que seja sincero, garantindo desde já que os dados são confidenciais. Ressalto que não há respostas corretas, existe apenas a sua resposta.

Dados Sociodemográficos

Sexo: M _____ F _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Estado Civil: Solteiro(a) _____

União de Facto _____

Casado(a) _____

Viúvo(a) _____

Divorciado(a) _____

Sabe ler? Sim _____ Não _____

Sabe escrever? Sim _____ Não _____

(Questões respondidas através do processo)

Sofre de alguma doença? Se sim, qual? _____

Está diagnosticado com declínio cognitivo? Sim _____ Não _____

Se sim, qual? _____

Faz alguma medicação? Se sim, qual? _____

Está a ser acompanhado psicologicamente? Sim _____ Não _____

Se sim, com que objetivo? _____

Questões sobre Passatempos:

Gosta de Ler? Sim _____ Não _____

Com que frequência lê? Todos os dias _____ 2 x por semana _____

5 x por semana _____ 1 x por semana _____

3 x por semana _____

Gosta de Poesia? Sim _____ Não _____

Com que frequência lê? Todos os dias _____ 2 x por semana _____
5 x por semana _____ 1 x por semana _____
3 x por semana _____

Gosta de Arte? Sim _____ Não _____

Qual o tipo de arte que gosta? _____

Costuma visitar museus? Sim _____ Não _____

Com que frequência os visita? Todos os meses _____ 3 em 3 meses _____
6 em 6 meses _____ 1 x por ano _____

Gosta de Pintura? Sim _____ Não _____

Com que frequência pinta/vê? Todos os dias _____ 2 x por semana _____
5 x por semana _____ 1 x por semana _____
3 x por semana _____

Gosta de Música? Sim _____ Não _____

Ouve música com que frequência? Todos os dias _____ 2 x por semana _____
5 x por semana _____ 1 x por semana _____
3 x por semana _____

Questões Pós-teste

Houve alteração da Medicação? Sim _____ Não _____

Em que aspeto? _____

Houve alteração no diagnóstico? Ou teve novo diagnóstico? _____

Teve algum acontecimento de vida significativo desde o início do programa?

Sim _____ Não _____

Se sim, qual? _____

Como considera que esse acontecimento de vida significativo contribuiu para o seu estado atual? _____

Relativamente ao programa:

Como se sentiu com as sessões realizadas? _____

Que efeitos as sessões tiveram para si? _____

Considera que houve algum dano/desvantagem para si? _____

Sugestões futuras para o próprio programa? _____

Anexo C – Instrumentos

Mini-Mental State Examination

(Folstein, Folstein & McHugn, 1975, com versão para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas & Garcia, 1994)

Nome: _____	Escolaridade: _____
Idade: _____	Data de aniversário: _____ de _____ de _____
1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correta).	
Em que ano estamos? _____	
Em que mês estamos? _____	
Em que dia do mês estamos? _____	
Em que dia da semana estamos? _____	
Em que estação do ano estamos? _____	
Em que país estamos? _____	
Em que distrito vive? _____	
Em que terra vive? _____	
Em que casa estamos? _____	
Em que andar estamos? _____	
Nota: _____	
2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida).	
“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.	
Pêra _____	
Gato _____	
Bola _____	
Nota: _____	
3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, considerem-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)	
“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.	
27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __	
Nota: _____	
4. EVOCÇÃO (1 ponto por cada resposta correta)	
“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.	
Pêra _____	
Gato _____	
Bola _____	
Nota: _____	

5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correta).

a. “Como se chama isto?” (Mostrar os objetos):

Relógio _____

Nota: _____

Lápis _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: “O RATO ROEU A ROLHA.”

c. “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

Nota: _____

Pega na folha com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Nota: _____

Coloca onde deve _____

d. “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto ler-se a frase.

Nota: _____

Fechou os olhos _____

e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido, os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

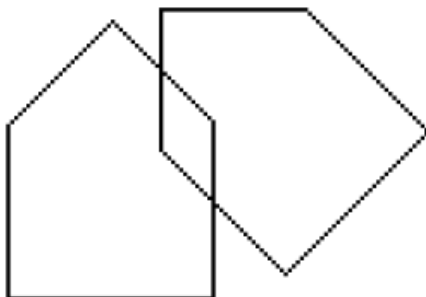
Nota: _____

6. HABILIDADE CONSTRUTIVA (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com cinco lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

DESENHO

CÓPIA



(Máximo 30 pontos)

Total: _____

Questionário sobre a Saúde do Paciente - 9

(PHQ-9 – Spitzer, Williams, & Kroenke, 2001; versão portuguesa de Torres e colaboradores, 2013)

Durante os últimos 14 dias, em quantos foi afetado/a por algum dos seguintes problemas?

Utilize uma cruz (X) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Nunca (0)	Em vários dias (1)	Em mais de metade do número de dias (2)	Em quase todos os dias (3)
1.Tive pouco interesse ou prazer em fazer as coisas.				
2.Senti desânimo, desalento ou falta de esperança.				
3.Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais.				
4.Senti cansaço ou falta de energia.				
5.Tive falta ou excesso de apetite.				
6.Senti que não gosto de mim próprio/a – ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família.				
7.Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou a ver televisão.				
8.Movimentei-me ou falei tao lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual.				

9. Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma.				
<p style="text-align: right;"><i>FOR OFFICE CODING</i> __0__ + ____ + ____ + ____ = Total Score: ____</p>				

Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou a lidar com outras pessoas?

Não dificultaram ____

Dificultaram um pouco ____

Dificultaram muito ____

Dificultaram extremamente ____



EAS - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EMOÇÕES

Carlson et al., 1989; Versão Portuguesa: Moura-Ramos, A. Araújo & M.C. Canavarro, 2005

Para cada palavra que encontra na lista seguinte, coloque um traço (|) ao longo da linha correspondente, no local que lhe parecer mais adequado para representar como se sente no momento actual.

Por exemplo, alguém que se sentisse razoavelmente surpreendido, assinalaria desta forma:

_____ | _____

Alguém que se sentisse extremamente surpreendido, assinalaria, por exemplo, desta forma:

_____ | _____

	O menos possível	O mais Possível
1. Surpreendido(a)	_____	_____
2. Receoso(a)	_____	_____
3. Descontente	_____	_____
4. Imitado(a)	_____	_____
5. Culpado(a)	_____	_____
6. Ansioso(a)	_____	_____
7. Triste	_____	_____
8. Contente	_____	_____
9. Sobressaltado(a)	_____	_____
10. Espantado(a)	_____	_____
11. Rejeitado(a)	_____	_____
12. Zangado(a)	_____	_____
13. Envergonhado(a)	_____	_____
14. Preocupado(a)	_____	_____
15. Perturbado	_____	_____
16. Alegre	_____	_____
17. Assustado(a)	_____	_____
18. Espantado(a)/perplexo(a)	_____	_____
19. Aborrecido(a)	_____	_____
20. Contrariado(a)	_____	_____
21. Humilhado(a)	_____	_____
22. Nervoso(a)	_____	_____
23. Desesperado(a)	_____	_____
24. Feliz	_____	_____

Anexo D – Programa de Estimulação Multissensorial

1. Caracterização geral do Programa

O Programa de Estimulação Multissensorial (PEM) teve como base a aplicação de diversas atividades, que visam a estimulação de diferentes sentidos, nomeadamente o visual, auditivo, olfativo e tátil, bem como a estimulação de diversas funções cognitivas, tais como o pensamento, a atenção, a concentração, a imaginação e a associação de ideias. Os principais objetivos do PEM implementado são concordantes com o descrito anteriormente, ou seja, melhorar a QdV e o bem-estar do idoso, estimular as funções cognitivas, proporcionar suporte psicológico, desenvolver a relação entre educação e saúde, promover a socialização do idoso para prevenir situações de isolamento (Camara et al., 2009), mas também a sintomatologia depressiva e estimular as funções sensoriais.

As atividades conduzidas ao longo do PEM vão de encontro às atividades aplicadas noutros estudos com objetivos semelhantes (Amodeo et al., 2010; Apóstolo et al., 2011; Liesk, Hartogh, & Kalbe, 2015). Ao longo do programa, o humor deve ser sempre estimulado, dado que um quadro cognitivo agrava-se quando existem problemas emocionais e ambientes stressores (Camara et al., 2009). No caso de algum participante demonstrar dificuldades na realização de alguma tarefa, deve incentivar-se o grupo à interajuda (Camara et al., 2009). A literatura sugere que a atividade musical tem efeitos significativamente positivos sobre o nível de depressão (Chan et al., 2012), bem-estar subjetivo (Creech, Hallam, Varvarigou, McQueen & Gaunt cit. in Liesk et al., 2015) e QdV (Lee et al., 2010) em idosos. Estudos neuropsicológicos salientam que a música pode também melhorar variadas funções cognitivas, tais como a atenção, a aprendizagem, a comunicação e a memória em indivíduos com demência (Van de Winckel, Feys, De Weerd, & Dom, 2004). A qualidade dos hábitos de leitura e a poesia melhora a QdV nos idosos dependentes (Reiter, 1994 cit. in Cohen et al., 2006; Stern, 2009). De acordo com o Arts Council England (2014), diversos estudos demonstram que atividades artísticas e culturais podem ter um impacto positivo sobre os sintomas relacionados com condições de saúde ligadas à cognição, à estabilidade física, à autoestima e à capacidade das pessoas para gerenciá-los através de mudanças no comportamento e aumento de contatos sociais. Assim, o envolvimento das artes pode atenuar o relacionamento entre os fatores sociais e fisiológicos subjacentes às condições de saúde. Mas também, o envolvimento em

atividades artísticas de alta qualidade em ambientes não clínicos (e.g., galerias e museus, teatros, cinemas, concertos) podem potenciar o efeito sobre a saúde física e mental.

2. Desenvolvimento do programa

O programa tem uma duração de cinco semanas. Este programa consiste em 10 sessões bissemanais, com duração de 45 a 60 minutos, à semelhança de outros estudos com o mesmo objetivo (Amodeo et al., 2010; Rodrigues, 2006). Este programa é constituído por 10 sessões grupais.

Cada sessão inicia-se com um breve resumo dos objetivos da estimulação sensorial que se pretende realizar com as atividades determinadas para cada sessão. Ao longo da sessão serão esclarecidas as dúvidas que forem surgindo, e o programa será adaptado às exigências e capacidades dos participantes caso seja necessário. No fim de cada sessão, os participantes são convidados a responder ao EAS e a partilhar o que sentiam e pensavam acerca de cada sessão, através da escolha de palavras-chave, registadas em cartolina.

Seguidamente serão descritas as sessões do PEM e os seus objetivos:

Sessão 1 – Estimulação multissensorial, com o objetivo de estimular os sentidos dos sujeitos, através de diferentes materiais e técnicas facultando um estado de relaxamento agradável.

Sessão 2, 5 e 8 – Tem como objetivo estimular as capacidades auditivas, através da audição de uma música, bem como outras funções cognitivas indiretamente.

Sessão 3, 6 e 9 – Consiste em estimular as capacidades visuais, através da visualização de um quadro de arte.

Sessão 4, 7 e 10 – Sessão 4 tem como objetivo estimular as capacidades auditivas e visuais, por meio da leitura/audição de um poema, enquanto as sessões 7 e 10 tem como objetivo escolher/selecionar um poema ou reflexão e transmitir ao grupo. Estas duas últimas sessões trabalha os processos cognitivos superiores, como o planeamento, o raciocínio e a memória.

3. Descrição das sessões do programa

Sessão 1 – Estimulação Multissensorial



Objetivos: acolher o grupo; apresentar os objetivos do programa de estimulação; realizar as atividades introdutórias; estimular os órgãos dos sentidos; apresentar as sessões seguintes.



Material para a atividade:

- Elementos do campo
 - Plantas;
 - Flores;
 - Músicas de campo e sons de animais;
 - Imagens de florestas, árvores e animais;
 - Frutas.
- Computador ou rádio;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Apresentação dos participantes e da facilitadora do programa (esta etapa pode ser negligenciada caso os participantes e facilitadora já se conheçam).
2. Apresentação dos objetivos da estimulação multissensorial, que tem como objetivos estimular os sentidos dos sujeitos, através de diversos materiais e técnicas proporcionando um estado de relaxamento agradável (Baker, Bell, Baker, Gibson, Holloway, et al., 2001).
3. Atividades demonstrativas da estimulação multissensorial, ou seja, nesta sessão serão estimulados os sentidos dos participantes através da recriação de diferentes contextos. Para isto proporciona-se um ambiente adequado e concordante ao contexto que pretende ser recriado.
 - a. Atividade de Campo: estimular o tato com uma planta (tocar na planta, sentir a diferença de texturas de cada uma); o olfato com flores (sentir o cheiro das flores); a audição com músicas do campo e o som de animais; a visão com imagens de florestas, árvores, animais; o paladar com frutas.

- b. Para o caso de o tempo da sessão permitir pode-se disponibilizar outra tarefa, com o tema cozinha. Cozinha: estimular o tato com os utensílios de cozinha; o olfato com o cheiro das especiarias; a audição com o barulho das panelas e dos tachos; a visão com imagens de bolos e pratos tradicionais; o paladar com um bolo.
4. Apresentação das sessões seguintes, que inclui auscultação da opinião e contributos.
5. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina.

Sessão 2 - Música



Objetivos: fortalecer as relações dos elementos do grupo; estimular cognitivamente os participantes através da música (Sarkamo et al., 2008).



Material para a atividade:

- Canção: “Desfolhada” de Simone de Oliveira; “O amor é verde” de Natália Andrade
- Rádio ou Computador;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Rever como se sentiram na sessão anterior;
2. Conversar com o grupo, lembrando os objetivos do programa.
3. Apresentação da atividade definida para esta sessão, ou seja, atividade de música.
4. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina, baseando-se na técnica de *mindfulness*, sugerindo a atenção plena no que sente na atividade.

Sessão 3 - Arte



Objetivos: fortalecer as relações dos elementos do grupo; relembrar o objetivo do programa; estimulação sensorial através da arte (Windle et al., 2014).



Material para a atividade:

- Quadro artístico;
- Computador;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Rever a sessão a sessão anterior;
2. Conversar com o grupo, reforçando os objetivos do programa.
3. Apresentação da atividade, ou seja, apresentação via computadorizada do Quadro *Mona Lisa* de Leonardo da Vinci; do quadro *Garota com brinco de pérola* de Jan Vermeer; e do quadro *Retrato do Dr. Gachet* de Vincent Van Gogh (caso ainda haja disponibilidade temporal).
4. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina, baseando-se na técnica de *mindfulness*, sugerindo a atenção plena no que sente na atividade.



Figura 1 - Mona Lisa de Leonardo da Vinci (1503-1517)



Figura 2 - Garota com brinco de pérola de Jan Vermeer (1665)

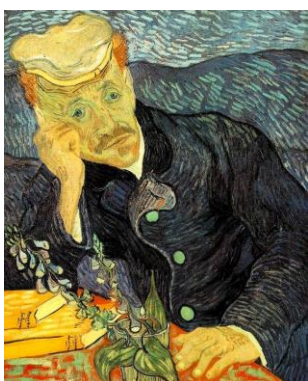


Figura 3 - Retrato de Dr. Gachet de Vincent Van Gogh (1890)

Sessão 4 – Poesia



Objetivos: fortalecer as relações dos elementos do grupo; relembrar o objetivo do programa; estimulação sensorial através da poesia (Amodeo et al., 2010).



Material para a atividade:

- Poemas: *Amor é fogo que arde sem se ver*, de Luís Vaz de Camões; *Aniversário*, de Fernando Pessoa.
- Computador;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Rever a sessão a sessão anterior;

2. Apresentação da atividade, ou seja, apresentação via computadorizada ou folha com o poema escrito dos poemas selecionados;
3. Nomear um idoso para ler o poema, com o intuito de se sentir útil;
4. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina, baseando-se na técnica de *mindfulness*, sugerindo a atenção plena no que sente na atividade.

Amor é um Fogo que Arde sem se Ver

Amor é um fogo que arde sem se ver;
É ferida que dói, e não se sente;
É um contentamento descontente;
É dor que desatina sem doer.

É um não querer mais que bem querer;
É um andar solitário entre a gente;
É nunca contentar-se e contente;
É um cuidar que ganha em se perder;

É querer estar preso por vontade;
É servir a quem vence, o vencedor;
É ter com quem nos mata, lealdade.

Mas como causar pode seu favor
Nos corações humanos amizade,
Se tão contrário a si é o mesmo Amor?

Aniversário

No tempo em que festejavam o dia dos meus anos,
Eu era feliz e ninguém estava morto.
Na casa antiga, até eu fazer anos era uma tradição de há séculos,

E a alegria de todos, e a minha, estava certa com uma religião qualquer.
No tempo em que festejavam o dia dos meus anos,
Eu tinha a grande saúde de não perceber coisa nenhuma,
De ser inteligente para entre a família,
E de não ter as esperanças que os outros tinham por mim.
Quando vim a ter esperanças, já não sabia ter esperanças.
Quando vim a olhar para a vida, perdera o sentido da vida.
Sim, o que fui de suposto a mim-mesmo,
O que fui de coração e parentesco.
O que fui de serões de meia-província,
O que fui de amarem-me e eu ser menino,
O que fui — ai, meu Deus!, o que só hoje sei que fui...
A que distância!...
(Nem o acho...)
O tempo em que festejavam o dia dos meus anos!
O que eu sou hoje é como a umidade no corredor do fim da casa,
Pondo gelado nas paredes...
O que eu sou hoje (e a casa dos que me amaram treme através das minhas
lágrimas),
O que eu sou hoje é terem vendido a casa,
É terem morrido todos,
É estar eu sobrevivente a mim-mesmo como um fósforo frio...
No tempo em que festejavam o dia dos meus anos...
Que meu amor, como uma pessoa, esse tempo!
Desejo físico da alma de se encontrar ali outra vez,
Por uma viagem metafísica e carnal,
Com uma dualidade de eu para mim...
Comer o passado como pão de fome, sem tempo de manteiga nos dentes!

Sessão 5 - Música



Objetivos: fortalecer as relações dos elementos do grupo; estimular cognitivamente os participantes através da música (Sarkamo et al., 2008).



Material para a atividade:

- Canção: “Tourada”, de Fernando Tordo; “O sonho de Menino” de Tony Carreira.
- Rádio ou Computador;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Rever como se sentiram na sessão anterior;
2. Conversar com o grupo, lembrando os objetivos do programa.
3. Apresentação da atividade definida para esta sessão, ou seja, atividade de música.
4. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina, baseando-se na técnica de *mindfulness*, sugerindo a atenção plena no que sente na atividade.

Sessão 6 - Arte



Objetivos: fortalecer as relações dos elementos do grupo; relembrar o objetivo do programa; estimulação sensorial através da arte (Windle et al., 2014).



Material para a atividade:

- Quadro artístico;
- Computador;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Rever a sessão a sessão anterior;

2. Conversar com o grupo, reforçando os objetivos do programa.
3. Apresentação da atividade, ou seja, apresentação via computadorizada do Quadro *Luncheon of the Boating Party* de Pierre August Renoir; quadro *Woman with a Parasol* de Claude Monet; e do quadro *Cafe Terrace at Night* de Vincent Van Gogh (caso haja disponibilidade temporal).
4. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina, baseando-se na técnica de *mindfulness*, sugerindo a atenção plena no que sente na atividade.
5. Solicitar Trabalho para Casa (T.P.C.), ou seja, cada participante deve seleccionar ou desenvolver uma reflexão/poema escrito/memorizado para trazer na sessão seguinte.



Figura 4 - Luncheon of the Boating Party de Renoir (1881)



Figura 5 - Woman with a Parasol de Monet (1875)



Figura 6 - Cafe Terrace at Night de Van Gogh (1888)

Sessão 7 - Poesia



Objetivos: fortalecer as relações dos elementos do grupo; relembrar o objetivo do programa; estimulação sensorial através da poesia (Amodeo et al., 2010).



Material para a atividade:

- Poemas ou reflexões trazidos pelos participantes;
- Computador;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Rever a sessão a sessão anterior;
2. Apresentação da atividade, ou seja, apresentação dos poemas trazidos pelos participantes do programa;
3. Discussão e troca de ideias desses poemas e reflexões;
4. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina, baseando-se na técnica de *mindfulness*, sugerindo a atenção plena no que sente na atividade.

Sessão 8 - Música



Objetivos: fortalecer as relações dos elementos do grupo; estimular cognitivamente os participantes através da música (Sarkamo et al., 2008).



Material para a atividade:

- Canção: “Povo que lava no rio”, de Amália Rodrigues; “Cinderela” de Carlos Paião.
- Rádio ou Computador;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Rever como se sentiram na sessão anterior;
2. Conversar com o grupo, lembrando os objetivos do programa.
3. Apresentação da atividade definida para esta sessão, ou seja, atividade de música.
4. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina, baseando-se na técnica de *mindfulness*, sugerindo a atenção plena no que sente na atividade.

Sessão 9 - Arte



Objetivos: fortalecer as relações dos elementos do grupo; relembrar o objetivo do programa; estimulação sensorial através da arte (Windle et al., 2014).



Material para a atividade:

- Quadro artístico;
- Computador;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Rever a sessão a sessão anterior;
2. Conversar com o grupo, reforçando os objetivos do programa.
3. Apresentação da atividade, ou seja, apresentação via computadorizada do Quadro *Dora Maar com gato* de Pablo Picasso; e do quadro de *O Grito* de Edvard Munch.
4. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina, baseando-se na técnica de *mindfulness*, sugerindo a atenção plena no que sente na atividade.
5. Solicitar Trabalho para Casa (T.P.C.), ou seja, cada participante deve selecionar ou desenvolver uma reflexão/poema escrito/memorizado para trazer na sessão seguinte.



Figura 7 - Dora Maar com o gato de Picasso (1941)

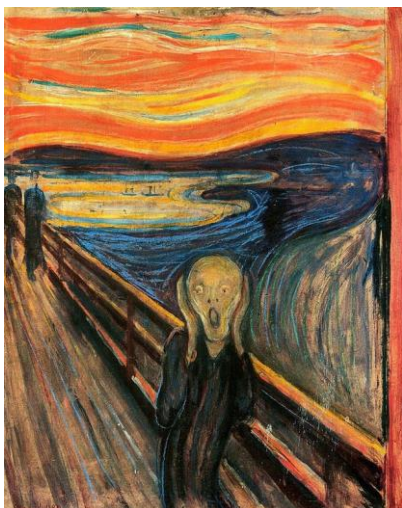


Figura 8 - O Grito de Munch (1893)

Sessão 10 - Poesia



Objetivos: fortalecer as relações dos elementos do grupo; relembrar o objetivo do programa; estimulação sensorial através da poesia (Amodeo et al., 2010).



Material para a atividade:

- Poemas ou reflexões trazidos pelos participantes;
- Computador;
- Cartolina ou quadro;
- Caneta.



Procedimento:

1. Rever a sessão a sessão anterior;
2. Apresentação da atividade, ou seja, apresentação dos poemas trazidos pelos participantes do programa;
3. Discussão e troca de ideias desses poemas e reflexões;
4. No fim da sessão, pede-se ao paciente para responder ao EAS e que partilhem o que sentiam e pensaram acerca da sessão, através da escolha de palavras-chaves inscritas na cartolina, baseando-se na técnica de *mindfulness*, sugerindo a atenção plena no que sente na atividade.

Anexo E - Caracterização da amostra por variáveis relacionadas com a arte

		Total (n=33) N (%)	Grupo de Intervenção (n=16) N (%)	Grupo Controlo (n=17) N (%)	GI vs GC
Variáveis relacionadas com arte					
Gosto pela Leitura	Sim	25 (75.8%)	11 (68.8%)	14 (82.4%)	$\chi^2 = .83, >.05$
	Não	8 (24.2%)	5 (31.3%)	3 (17.6%)	
Frequência de leitura	Nenhum dia	8 (24.2%)	5 (31.3%)	3 (17.6%)	$U = 113.50, >.05$
	Todos os dias	6 (18.2%)	4 (25.0%)	2 (11.8%)	
	5 vezes por semana	4 (12.1%)	0 (0%)	4 (23.5%)	
	3 vezes por semana	2 (6.1%)	1 (6.3%)	1 (5.9%)	
	2 vezes por semana	2 (6.1%)	1 (6.3%)	1 (5.9%)	
	1 vez por semana	11 (33.3%)	5 (31.3%)	6 (35.3%)	
Gosto pela poesia	Sim	25 (75.8%)	15 (93.8%)	10 (58.8%)	$\chi^2 = 5.48^*$
	Não	8 (24.2%)	1 (6.3%)	7 (41.2%)	
Frequência de poesia	Nenhum dia	10 (30.3%)	1 (6.3%)	9 (52.9%)	$U = 82.50^*$
	Todos os dias	1 (3.0%)	0 (0%)	1 (5.9%)	
	5 vezes por semana	1 (3.0%)	1 (6.3%)	0 (0%)	
	3 vezes por semana	1 (3.0%)	1 (6.3%)	0 (0%)	
	2 vezes por semana	3 (9.1%)	3 (18.8%)	0 (0%)	
	1 vez por semana	17 (51.5%)	10 (62.5%)	7 (41.2%)	
Gosto pela música	Sim	32 (97.0%)	16 (100.0%)	16 (94.1%)	$\chi^2 = .97, >.05$

	Não	1 (3.0%)	0 (0%)	1 (5.9%)	
Frequência de música	Nenhum dia	1 (3.0%)	0 (0%)	1 (5.9%)	$U = 101.00, >.05$
	Todos os dias	12 (36.4%)	9 (56.3%)	3 (17.6%)	
	5 vezes por semana	8 (24.2%)	3 (18.8%)	5 (29.4%)	
	3 vezes por semana	9 (27.3%)	2 (12.5%)	7 (41.2%)	
	2 vezes por semana	1 (3.0%)	0 (0%)	1 (5.9%)	
	1 vez por semana	2 (6.1%)	2 (12.5%)	0 (0%)	
Gosto pela pintura	Sim	27 (81.8%)	15 (93.8%)	12 (70.6%)	$\chi^2 = 2.97, >.05$
	Não	6 (18.2%)	1 (6.3%)	5 (29.4%)	
Frequência de pintura	Nenhum dia	8 (24.2%)	1 (6.3%)	7 (41.2%)	$U = 110.00^*$
	Todos os dias	1 (3.0%)	1 (6.3%)	0 (0%)	
	5 vezes por semana	1 (3.0%)	1 (6.3%)	0 (0%)	
	3 vezes por semana	3 (9.1%)	2 (12.5%)	1 (5.9%)	
	2 vezes por semana	4 (12.1%)	3 (18.8%)	1 (5.9%)	
	1 vez por semana	16 (48.5%)	8 (50.0%)	8 (47.1%)	
Tipo de arte preferido	Nenhum	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	$\chi^2 = 6.36, >.05$
	Música	21 (63.6%)	11 (68.8%)	10 (58.8%)	
	Pintura	4 (12.1%)	3 (18.8%)	1 (5.9%)	
	Crochê e Tricô	3 (9.1%)	1 (6.3%)	2 (11.8%)	
	Poesia	1 (3.0%)	1 (6.3%)	0 (0%)	
	Atividades Manuais	4 (12.1%)	0 (0%)	4 (23.5%)	

Nota: *p <.05

Anexo F – Caracterização da amostra comparando o valor t com a população da validação

	M	M _{população}	Valor p
Variáveis Dependentes			
MMSE	24.42	27.18	***
PHQ-9	4.36	4.92	*
WHOQOL-OLD			
Funcionamento Sensorial	15.85	14.71	
Autonomia	14.91	13.05	**
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	14.18	12.65	**
Participação Social	14.30	13.13	
Morte e Morrer	16.18	12.17	***
Intimidade	7.33	11.99	***
Família e Vida Familiar	17.09	15.01	**
QdV geral	99.85	92.72	**

Nota: *p <.05, **p<.01, ***p<.001

Anexo G - Comparação do grupo de intervenção e do grupo de controlo pelos dois momentos de avaliação

	GI				GC			
	Pré	Pós	<i>T</i> , <i>p</i>	<i>r</i>	Pré	Pós	<i>T</i> , <i>p</i>	<i>r</i>
MMSE	26.00	27.00	-.32, >.05		24.00	23.00	-.88	
PHQ-9	4.00	.50	-2.61**	-.45	4.00	3.00	-.81	
WHOQOL-OLD								
Funcionamento Sensorial	18.00	18.00	-.69, >.05		16.00	14.00	-2.53*	-.44
Autonomia	17.50	18.50	-1.98*	-.34	15.00	14.00	-1.31	
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	15.00	17.00	-2.75**	-.48	13.00	13.00	-.96	
Participação Social	15.50	18.00	-3.26**	-.57	14.00	15.00	-1.52	
Morte e Morrer	16.50	17.00	-2.39*	-.42	19.00	18.00	-.27	
Intimidade	4.50	4.00	-2.02*	-.35	4.00	4.00	.00	
Família e Vida Familiar	19.50	20.00	-1.15, >.05		18.00	18.00	-1.41	
QdV geral	104.00	112.50	-2.50*	-.44	100.00	99.00	-.52	

Nota: *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

Anexo H - Comparação de médias do EAS ao longo das sessões

	1º Sessão	2º Sessão	3º Sessão	4º Sessão	5º Sessão	6º Sessão	7º Sessão	8º Sessão	9º Sessão	10º Sessão	X²
	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
Surpreendido	4.43	.36	1.13	.30	1.97	.07	.00	.00	.00	.00	34.31****
Receoso	2.33	.17	.17	.03	.06	.24	.00	.00	.00	.00	30.76****
Descontente	1.97	.12	.07	.00	.05	.03	.00	.00	.00	.00	27.41**
Irritado	3.00	.11	.09	.00	.06	.04	.00	.00	.00	.00	31.15****
Culpado	1.63	.10	.04	.00	.00	.07	.00	.00	.00	.00	29.95****
Ansioso	2.56	.70	.77	.17	.07	1.51	.21	.00	.47	.00	22.53**
Triste	.25	.25	.33	.00	.13	.00	.00	.00	1.77	.00	19.65*
Contente	6.20	6.46	6.30	7.31	7.96	8.76	8.10	8.46	7.71	8.17	8.71
Sobressaltado	1.26	.23	1.44	.00	.11	.07	.00	.00	.00	.00	33.02****
Espantado	.87	.14	.03	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	49.72****
Rejeitado	.20	.06	.01	.00	.00	.01	.00	.00	.00	.00	29.43**
Zangado	.17	.09	.59	.03	.00	.00	.00	.00	.00	.00	28.59**
Envergonhado	.84	.36	.46	.00	.09	.20	.21	.21	.14	.17	44.15****
Preocupado	.71	.54	.34	.10	.00	.19	.00	.00	.21	.00	35.60****
Perturbado	.29	.14	.06	.00	.01	.00	.00	.00	.00	.00	35.38****
Alegre	6.69	6.79	6.47	7.84	7.83	8.91	7.71	8.54	8.57	8.46	10.01

Assustado	.24	.09	.04	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	42.97***
Espantado/Perplexo	1.13	.13	.04	.00	.00	.26	.00	.00	.00	.00	38.67***
Aborrecido	1.59	.54	1.30	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	38.85***
Contrariado	1.64	.07	.04	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	31.15***
Humilhado	1.27	.09	.09	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	33.28***
Nervoso	2.26	.41	.70	.07	.14	.27	.19	.19	.46	.00	27.05**
Desesperado	.32	.10	.03	.00	.00	.00	.00	.00	.00	.00	34.05***
Feliz	5.70	7.13	5.48	7.23	7.93	9.20	8.08	8.22	8.95	8.67	16.74

Nota: *** p<.001, ** p<.10, * p<.50

Anexo I – Verbalizações por sessão, por número e percentagem

	Número de falta por sessão	Número de verbalização	%
1ª Sessão	4		25.0
Boa		3	25.0
Memórias antigas		3	25.0
Agradável		2	16.7
Família e amigos		2	16.7
Tranquilidade		2	16.7
2ª Sessão	0		
Boa		8	50.0
Agradável		2	12.5
Tranquilidade		2	12.5
Relembrar		1	6.3
Satisfação		1	6.3
Muito boa		1	6.3
Maravilha		1	6.3
3ª Sessão	0		
Bem-estar		3	18.8
Tranquilidade		3	18.8
Bom		2	12.5
Agradável		2	12.5
Remedio		1	6.3
Satisfação		1	6.3
Proveitosa		1	6.3
União com os outros		1	6.3
Contente		1	6.3
Muito bom		1	6.3
4ª Sessão	1		
Boa		3	20.0
Satisfação		3	20.0

Memórias		2	13.3
Bem-estar		2	13.3
Agradável		1	6.7
Proveitosa		1	6.7
Aprendizagem		1	6.7
Tranquilidade		1	6.7
Muito bom		1	6.7
<hr/>			
5ª Sessão			
Boa	1	4	26.7
Agradável		4	26.7
Tranquilidade		3	20.0
Estive à vontade		1	6.7
Proveitosa		1	6.7
Felicidade		1	6.7
Muito bom		1	6.7
<hr/>			
6ª Sessão	2		
Boa		3	21.4
Convívio		3	21.4
Agradável		2	14.3
Muito Boa		2	14.3
Contente		1	7.1
Memórias		1	7.1
Felicidade		1	7.1
Satisfação		1	7.1
<hr/>			
7ª Sessão	1		
Boa		3	20.0
Satisfação		3	20.0
Agradável		2	13.3
Tranquilidade/Paz		2	13.3
Memórias		2	13.3
Felicidade		1	6.7
Benefício		1	6.7
Convívio		1	6.7
<hr/>			

8ª Sessão	4		
Satisfação	4	33.3	
Memórias	2	16.7	
Tranquilidade	1	8.3	
“Viagem de estudo”	1	8.3	
Felicidade	1	8.3	
Muito boa	1	8.3	
Distração	1	8.3	
Boa	1	8.3	
9ª Sessão	1		
Boa	6	40.0	
Agradável	4	26.7	
Satisfação	3	20.0	
Memórias	2	13.3	
10ª Sessão	3		
Satisfação	9	69.2	
Boa	3	23.1	
Tranquilidade	2	15.4	